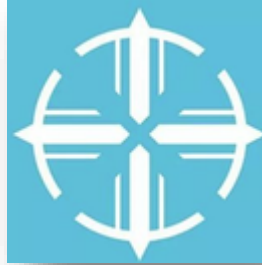


PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



“CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS ADULTAS CON DIABETES TIPO 2 USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTÓBAL DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO”, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2016”.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Dra. Flérida Eliana Andrade Moreira.

Director: Dr. Javier Octavio Mendoza García.

Director Metodológico: Dr. Carlos Terán Puente.

Portoviejo, 2016

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Andrade Moreira Flérida Eliana, C.I 1309650461, autora del trabajo de titulación: **“CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS ADULTAS CON DIABETES TIPO 2 USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTÓBAL DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO”, DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL AÑO 2016**”, previa a la obtención del título profesional de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca PUCE el referido trabajo de titulación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Portoviejo, enero 2017



Dra. Flérida Eliana Andrade Moreira.

DEDICATORIA

A mi familia.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concederme la vida y ser mi guía en todo momento.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por darme la oportunidad de cumplir con esta nueva meta académica.

A mi esposo, mis hijos Elián y Ezequiel por darme el apoyo incondicional en el transcurso de este largo caminar.

A mis Padres, que con su esfuerzo y sacrificio me enseñaron el camino del éxito he inculcaron en mí el estímulo de la superación.

A mis Tutores de postgrado que me alentaron a continuar estudiando y actualizando mis conocimientos para el bienestar de mis pacientes.

Al Tribunal de Revisión por su aporte valioso en la realización de este trabajo de titulación.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN..... | 2 |
| DEDICATORIA | 3 |
| AGRADECIMIENTO | 4 |
| LISTA DE TABLAS | 7 |
| LISTA DE GRÁFICOS | 8 |
| RESUMEN | 11 |
| CAPITULO I. INTRODUCCIÓN | 13 |
| CAPITULO II. ANTECEDENTES | 15 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 15 |
| JUSTIFICACIÓN | 16 |
| OBJETIVOS..... | 18 |
| Objetivo General. | 18 |
| Objetivos Específicos..... | 18 |
| HIPÓTESIS..... | 18 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... | 18 |
| CAPITULO III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA..... | 19 |
| LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD..... | 19 |
| Calidad de la atención en salud relacionada a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). | 20 |
| La cooperación comunitaria..... | 21 |
| Organización del Sistema de Provisión de Servicios de Atención..... | 22 |
| Apoyo al automanejo y autocontrol..... | 23 |
| Diseño del sistema de entrega de los servicios. | 23 |
| Fundamento de las decisiones. | 24 |
| Sistema de Información Clínico. | 25 |
| Instrumentos para evaluar la calidad de la atención..... | 25 |
| ADAPTABILIDAD FAMILIAR..... | 27 |
| Dimensiones de la adaptabilidad familiar y tipos de familia. | 28 |
| Instrumento FACE III | 29 |
| Adaptación familiar y los pacientes con DM2. | 30 |
| CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DM2 | 31 |
| Instrumento de la calidad de vida. | 33 |

| | |
|---|----|
| CAPITULO IV. METODOLOGÍA | 35 |
| POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 35 |
| TIPO DE ESTUDIO | 35 |
| MATERIALES..... | 35 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 36 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 36 |
| PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 36 |
| PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS | 37 |
| ASPECTOS BIOÉTICOS..... | 37 |
| LIMITACIÓN..... | 37 |
| CAPITULO V. RESULTADOS..... | 39 |
| CAPITULO VI. DISCUSIÓN | 58 |
| CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 62 |
| CONCLUSIONES..... | 62 |
| RECOMENDACIONES..... | 63 |
| PÁGINAS COMPLEMENTARIAS..... | 65 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |
| ANEXOS..... | 78 |
| Anexo 1. Operacionalización de las Variables. | 78 |
| Anexo 2. Cuestionario PACIC..... | 82 |
| Anexo 3. Cuestionario ACIC..... | 85 |
| Anexo 5. Cuestionario FACE III. | 95 |
| Anexo 6. Consentimiento Informado. | 96 |
| Anexo 7. Autorización para la realización del trabajo de investigación en el Centro de Salud San Cristóbal..... | 98 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Análisis estadístico entre los resultados del DQOL (Calidad de vida) y el PACIC..... | 65 |
| Tabla 2. Descripción de la población de estudio de acuerdo a las Variables Demográficas..... | 65 |
| Tabla 3. Descripción de la población de estudio según el Tratamiento de la Diabetes..... | 66 |
| Tabla 4. Descripción de la población de estudio de acuerdo al tipo de familia según la Adaptabilidad Familiar..... | 66 |
| Tabla 5. Pacientes con DM2 y su calidad de vida, de acuerdo al DQoL..... | 66 |
| Tabla 6. Media y Mediana de cada uno de los criterios del ACIC..... | 67 |
| Tabla 7. Media y Mediana de cada uno de los criterios del PACIC..... | 67 |
| Tabla 8. Frecuencia de los valores obtenidos para cada uno de los criterios del PACIC de acuerdo a su escala cualitativa..... | 68 |
| Tabla 9. Media y Mediana de cada uno de los criterios del PACIC..... | 68 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Personas con DM2 por rangos de edad..... | 39 |
| Gráfico 2: Personas con DM2 por sexo..... | 40 |
| Gráfico 3: Personas con DM2 por estado civil..... | 40 |
| Gráfico 4: Personas con DM2 por nivel de educación..... | 41 |
| Gráfico 5: Personas con DM2 por situación laboral..... | 41 |
| Gráfico 6: Personas con DM2 por tipo de tratamiento..... | 42 |
| Gráfico 7: Evaluación del calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de los pacientes..... | 43 |
| Gráfico 8: Evaluación del calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de los pacientes, con agrupación de categoría..... | 44 |
| Gráfico 9: Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Organización del sistema de salud..... | 45 |
| Gráfico 10: Evaluación de Cuidados Crónicos por proveedores (ACIC), criterio Cooperación comunitaria..... | 46 |
| Gráfico 11: Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Autocuidado de la diabetes..... | 46 |
| Gráfico 12: Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Apoyo a toma de decisión..... | 47 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 13: Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Sistema de Provisión de cuidados..... | 48 |
| Gráfico 14: Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Sistema de información..... | 48 |
| Gráfico 15: Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Integración con el modelo de enfermedades crónicas..... | 49 |
| Gráfico 16: Evaluación de calidad de atención de enfermedades crónicas no transmisibles por el personal del Centro de Salud San Cristóbal. ACIC 2016..... | 50 |
| Gráfico 17: Personas con DM2 por su Calidad de Vida..... | 51 |
| Gráfico 18: Dispersión entre Calidad de Vida (DQOL) y Calidad de atención en salud (ACIC)..... | 52 |
| Gráfico 19: Adaptabilidad Familiar de los usuarios con DM2 según el FACE III..... | 53 |
| Gráfico 20: Dispersión entre Calidad de Vida (DQOL) y Adaptabilidad Familiar (FACE III). | 54 |
| Gráfico 21: Dispersión entre Calidad de Vida (DQOL) y Adaptabilidad Familiar estructurada. | 55 |
| Gráfico 22: Dispersión entre Calidad de Vida (DQOL) y Adaptabilidad Familiar flexible. | 56 |

Gráfico 23: Entre Calidad de Vida (DQOL) y Adaptabilidad Familiar caótica. Se muestra las ecuaciones de las regresiones lineales y polinómica entre las dos variables.....57

RESUMEN

Objetivo: Identificar la calidad de atención en los servicios de salud y la adaptabilidad familiar en relación con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2, en el Centro de Salud de San Cristóbal, de la ciudad de Portoviejo, durante el período de septiembre a diciembre del 2016.

Material y método: Tipo de estudio corte transversal, se incluyeron 48 pacientes adultos con diabetes tipo 2 (DM2), instrumentos para calidad de vida el Cuestionario de DQOL, Adaptabilidad Familiar el FACE III, la calidad de los servicios de salud en pacientes crónicos el Cuestionario de ACIC y la percepción de la calidad de atención de cuidados crónicos por medio del PACIC. El análisis de datos se utilizó la hoja de cálculo Microsoft Excel 2010.

Resultados: El promedio alcanzado de PACIC fue de 2.26 en una escala de 1 a 5 puntos. La media del ACIC fue de 6.28/11 puntos. No hay correlación entre la calidad del servicio de salud y la calidad de vida. La relación entre calidad de vida y adaptabilidad familiar, el R^2 de la ecuación de ajuste de la regresión polinómica de grado 2 tiene un valor de 0.1938, un valor de 0.5552 cuando se aplica solo a familias estructuradas, y un valor de 0.427 en el caso de familias flexibles.

Conclusiones: La percepción del usuario sobre la calidad de atención que recibe es baja. La calidad de la atención del servicio de salud no influye en la calidad de vida de los usuarios con DM2. Las familias estructuradas y flexibles tienen una relación positiva sobre la calidad de vida de los usuarios con DM2.

Palabras Claves: Calidad de atención en salud, adaptabilidad familiar, calidad de vida.

ABSTRACT

Objetcive: Identify the quality of the health care and the family's adaptability in relation to the quality of life of individuals with diabetes type 2, in San Cristobal Health Centre, in Portoviejo, during the months of September to December 2016.

Methods and Materials: Transversal type of study, 48 adult patients adultos with diabetes type 2 (DM2) participated, the quality of life tools part of the DQOL questionnaire were used, for family adaptability the FACE III, and for the quality of health care in chronically ill patients the ACIC quationnaire and the perception of the quality of care through the PACIC. For the data anaylis the calculation sheet from Microsoft Excel 2010 was used.

Results: The average score reached through the PACIC was 2.26 on a Scale of 1 to points. The score of ACIC was 6.28/11 points. There is no correlation between the quality of the health service and the quality of life. For the relationship between quality of life and family adaptability, the R^2 of the fitting equation of the polinomial regresion level 2 has a value of 0.1938, a score of 0.5552 only with structured families, and a score of 0.427 in the case of flexible families.

Conclusions: The perception of the user about the quality of care received is low. The quality of health care does not influence in the quality of the clients' life who suffer noncommunicable chronic diseases. Structured and flexible families hold a possitive link to the quality of the user's life who have DM2.

Keywords: Quality of health care, family's adapatability, quality of life.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

Las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) han sido conocidos por tener experiencias de vida modificada, autoestima alterada, aumento de la incertidumbre sobre su futuro y complicaciones (Chew, Mohd-Sidik, & Shariff-Ghazali, 2015)(D'Souza, Karkada, Hanrahan, Venkatesaperumal, & Amirtharaj, 2015.)

Es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) que requiere el seguimiento a largo plazo y la atención individual para evitar complicaciones, se asocia con un elevado gasto económico y los costos sociales de los individuos, las familias y la sociedad (Vinet & Zhedanov, 2010)(Casado Vicente & Calero Muñoz, 2012.)

Los estudios que han evaluado diversos modelos para gestionar diseños que sirvan para ordenar los regímenes sanitarios de una manera más integrada y con la capacidad para regenerar la salud de las personas que presentan enfermedades crónicas; anotan beneficiosos resultados sobre la condición de vida, mejora del estado de salud, satisfacción con los servicios, el entendimiento que tiene el usuario sobre su enfermedad, adherencia a los tratamientos y disminución de ingresos hospitalarios innecesarios (Servicio Madrileño de Salud, 2013.)

Así mismo, ciertos factores del entorno familiar y de la enfermedad podrían afectar negativamente la calidad de vida, no solo del paciente sino también de sus familiares (Beléndez Vázquez, Lorente Armendáriz, & Maderuelo Labrador, 2015) (Gonzáles, 2011.)

Existe coincidencia con algunos autores en la percepción que tienen los pacientes sobre el apoyo social y familiar adecuado presentan menos problemas en la aceptación de la

enfermedad y en el apego al tratamiento (Villalobos, Quiróz, León, & Brenes, 2007.)

Los factores psicosociales contribuyen al pobre autocuidado de la diabetes, el control glucémico sin éxito, la carencia de la adhesión al tratamiento y al aumento de la gravedad de la enfermedad (Huyser, Manson, Nelson, Noonan, & Roubideaux, 2015)(Wang, Song, Chen, Wang, & Ling, 2015.)

El ámbito familiar se transforma en el centro que influye en la persona, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que se ha observado a través del tiempo y en diferentes grupos culturales. La articulación de la familia se convierte en un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas (Sánchez-Reyes & González-Pedraza-Avilés, 2011)

Aumentar la calidad de vida en la población demanda la universalización de derechos mediante la garantía de servicios de calidad como se precisa en el objetivo tres del Plan Nacional del buen vivir, que propone políticas para implementar la promoción y el cuidado de la salud; asegurar la entrada a los sistemas integrales de salud: la consolidación de la supervisión epidemiológica; la identificación e integración de la medicina ancestral y alternativa (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades, 2013)

La constitución de la República del Ecuador, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen vivir y los objetivos del milenio, son unos de los componentes normativos para levantar el nuevo Modelo de Atención Integral, Comunitario e Intercultural de Salud (Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, 2013)

CAPITULO II. ANTECEDENTES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En otros países se han realizado estudios relacionados con las enfermedades crónicas, adaptabilidad familiar y la influencia de la calidad de atención en salud. En la provincia de Manabí no se ha ejecutado un tipo de investigación para determinar la relación entre las necesidades de la calidad de atención del equipo de salud de las personas con DM2, la adaptabilidad familiar y su calidad de vida.

En la Unidad Operativa de San Cristóbal están estadísticamente identificados las personas con DM2. Sin embargo no está claro cómo influye la calidad de atención, en relación con la adaptabilidad familiar y calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad crónica no transmisible. Tampoco se conoce las condiciones familiares que pueden influir la Calidad de Vida de las personas con DM2.

El desconocimiento de estos factores no permite que el médico de atención primaria y el equipo de salud coordinen un tratamiento adecuado, tanto la esfera biológica como social. Esto puede llevar a que los profesionales de la salud, constaten una deficiencia en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas con DM2.

Por lo tal motivo se enuncia la siguiente pregunta.

¿Cómo la calidad de atención de salud y la adaptabilidad familiar influyen en la calidad de vida de las personas adultas con diabetes tipo 2 que acuden al Centro de Salud San Cristóbal en la Ciudad de Portoviejo, desde septiembre a diciembre del año 2016?

JUSTIFICACIÓN

La unidad operativa de salud de San Cristóbal está ubicada en la parroquia 18 de octubre del Cantón Portoviejo, se evidencia una alta prevalencia de personas con DM2, identificadas en el Análisis Integral de Salud (ASIS).

De acuerdo a este incremento en las atenciones registradas se podría pensar cómo está afectada la calidad de vida, la salud emocional y social al sobrellevar este tipo de enfermedad crónica y qué relación puede existir con la percepción que tiene el usuario sobre los servicios de atención que brinda la unidad operativa y cómo pueden influir en la adaptabilidad de su enfermedad relacionado con el entorno familiar.

En la Unidad Operativa de San Cristóbal es conveniente realizar el estudio sobre la Calidad de atención enfocados en las personas con DM2, usuarios del centro de salud, para identificar cómo el equipo de salud coopera en el mejoramiento de la calidad de vida, las relaciones familiares, incentivar el autocuidado, reducir los gastos a nivel institucional, y mejor adherencia a los tratamientos.

Con los resultados del presente estudio y con un proceso posterior de diseño e implementación de cambios en el proceso de atención, se puede fortalecer el equipo de salud para que brinde una mejor atención a los usuarios e incentivar a la población en general a utilizar las Unidades Operativas como puerta de entrada a los servicios de salud.

El interés por estudiar en forma sistemática y científica a la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad. Con este enfoque el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y las componentes

psicológicos y sociales se vuelven más interesantes, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma la salud del individuo.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, influyendo así en el apropiado dominio de la enfermedad crónica degenerativa, como la DM2.

La Unidad Operativa debe ofertar los servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario.

En la actualidad no se cumple en el centro de salud San Cristóbal porque la persona con DM2 tienen que agendar su cita médica por medio del contact center (171), no se da seguimiento por un mismo profesional de salud, dejan de acudir a la consulta por la dificultad del agendamiento y no existe el club de diabético que tenían más apertura para la participación de las personas en la Unidad Operativa.

Con el resultado del estudio propuesto se pueden dar recomendaciones para mejorar las ofertas de los servicios de promoción y prevención e implementar acciones integrales para disminuir la morbilidad en las enfermedades crónicas no transmisibles o degenerativas.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Identificar la calidad de atención en los servicios de salud y la adaptabilidad familiar en relación con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2, en el Centro de Salud de San Cristóbal de la ciudad de Portoviejo, durante período de septiembre a diciembre del año 2016.

Objetivos Específicos.

- Determinar la percepción de los usuarios con diabetes tipo 2 sobre calidad de los servicios de salud.
- Establecer la calidad de la atención del equipo de salud con relación al manejo de la diabetes.
- Relacionar la calidad de la atención del servicio en salud con la calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 2.
- Identificar la relación entre la adaptabilidad familiar y la calidad de vida en las personas con diabetes tipo 2.

HIPÓTESIS

La calidad de los servicios de salud y el entorno familiar, favorecen una mejor calidad de vida en las personas con diabetes tipo 2.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Ver anexo 1

CAPITULO III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

La prestación de los servicios de salud conlleva una calidad exclusiva para el paciente: midiendo el cómo se hace o la calidad del servicio. Se puede ser un experto realizando cosas desde la perspectiva técnica, pero se ejecuta con un método equivocado. Se puede ser un excelente especialista y sanar una enfermedad al suministrar un tratamiento correcto, pero brindar un pésimo servicio al paciente, al hacerlo esperar para la cita o no explicarle lo que tiene, ni porque le damos el tratamiento.

El bajo nivel de educación, los retrasos, la lista de espera, el desinterés, las prisas, la falta de accesibilidad, están relacionados con la calidad asistencial y los pacientes los evalúan de manera negativa. La percepción que tiene el usuario sobre el servicio recibido es la base para valorar la calidad de un servicio de salud (Casado Vicente & Calero Muñoz, 2012)

Los problemas inherentes a la identificación de los atributos de la calidad y la valoración de los servicios desde la perspectiva del usuario se han convertido en un tema de interés para los profesionales, los gestores, los políticos y también para los investigadores. En la actualidad en el sector sanitario se están experimentando diversos enfoques metodológicos y modelos que explican la calidad del servicio desde la perspectiva del usuario.

Bajo esa perspectiva se podría definir la calidad en términos de las decisiones y conductas de los profesionales que se espera que rindan los mayores beneficios para los pacientes (M. H. García, Cuadra, González, Barbosa, & Asensio, 2002)

En resumen, las situaciones sociales y económicas que produce cada colectividad también delimitan la salud de la población, expresándose de manera distinta de acuerdo a las condiciones socio económico y el ámbito familiar en que se desenvuelvan las personas, y que están determinado bajo específicas condiciones de los servicios de salud; que actúan de manera comprometida identificando al individuo como un componente psicobiológico (Bernal, 2003)

Calidad de la atención en salud relacionada a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

En la actualidad la problemática fundamental ante las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) está basado en el diseño del sistema de atención en los diferentes niveles sanitarios, en los cuales las actuaciones tradicionales como los controles esporádicos, centrado solo en la consulta, no continuidad de citas, no tomar en cuenta la importancia de la educación, no hacer seguimiento de la adherencia a los tratamientos, sin realizar un manejo integral del paciente y su enfermedad; haciendo fraccionar el cuidado del usuario sin progresar de manera satisfactoria y evitando las complicaciones.

La Organización Panamericana de la Salud para mejorar la Calidad de servicios de salud, está incentivando un modelo para el cuidado de personas con ECNT, para reorientar las Unidades Operativas generando modificación en la oferta de los

servicios, acrecentar la calidad de atención y promover el autocuidado y apego a los tratamientos.

Este modelo fue creado por Ed Wagner, MD, MPH, director de Mac Coll Institute for Healthcare Innovation, Group Helth Cooperative of Puget Sound, y otros colaboradores (Barceló et al., 2012). Este modelo permite brindar una atención de alta calidad a las personas con ECNT y consta de los siguientes elementos (Carlos, 2013)

La cooperación comunitaria.

La participación comunitaria fue definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como, *"el proceso que crea en los individuos un sentimiento de responsabilidad en cuanto a su salud y a la de la comunidad, así como la capacidad de pensar consiente y constructivamente en los programas cuyo objeto sea el bienestar de la población"* (Salud, 2003)

Por esta razón a través de la Comunidad se pueden establecer redes de apoyo para la persona con ECNT, como un sistema de apoyo social, involucrar a la familia para los cuidados del paciente, grupos de apoyo con personas que presenten la misma enfermedad, y en coordinación activa con la Unidad Operativa.

Además las organizaciones comunitarias pueden desarrollar convenios con asociaciones para impulsar el desarrollo de intervenciones que complementen los vacíos de la Unidades Operativas.

Los requerimientos de la comunidad para asistir a los usuarios con ECNT son imprescindible para adquirir los servicios de salud y el acceso a ellos, la mayoría de veces los sistemas de salud tienen una preparación deficiente en el uso de programas comunitarios existentes.

Organización del Sistema de Provisión de Servicios de Atención.

Los servicios de salud deben poseer una estructura, procesos y roles con una clara demarcación de los aspectos a los cuidados de los pacientes con ECNT, en los cuales los cuidados deben ser planificados y programados a lo largo del tiempo.

Para que la organización del sistema de atención a usuarios con ECNT sea optima, se necesita mecanismos que impulsen la mejor la calidad de atención en los establecimientos de salud, se requiere de una cultura organizacional desde los altos niveles que gobiernan el sistema de salud general, y luego concientizar a los que dirigen los servicios en contacto directo con los pacientes.

Para realizar el mejoramiento de las Unidades Operativas se debe iniciar estrategias dirigidas al cambio integral y completo de los servicios brindados, identificando de manera sistemática los problemas o errores de la calidad de atención, midiéndolos y prestos para mejorarlos.

Implementando equipos mínimos requeridos para la atención del paciente, la coordinación para la realización de los exámenes de laboratorio para el control de la enfermedad, identificar la cantidad de la población con ECNT, gestionar el seguimiento de las cita y turnos médicos, coordinar con los niveles de atención superiores al primer nivel, dotar de medicamentos suficientes y realizar un trabajo multidisciplinario con estos pacientes.

Deben existir incentivos para mejorar la atención a las personas con ECNT y tener acuerdos que permitan mantener la coordinación de los esfuerzos y organización al interior de los servicios de salud (Dra. María Cristina Escobar, Dra. María Rozas, Dra. Melanie Paccot, 2015)

Apoyo al automanejo y autocontrol.

El sistema de salud no está listo para seguir por prolongado tiempo a sus pacientes con ECNT, y las personas enfermas no están presta a mantener las directrices acordadas por el equipo de salud ya que esperan ser curadas, como esté fenómeno no puede ocurrir viene la desilusión por parte del paciente y la familia.

Por este motivo el paciente tiene que entender el rol que tiene sobre cómo puede vigilar su enfermedad y comprender la responsabilidad de conservar una excelente condición de salud.

La importancia de los prestadores de servicio en salud se debe basar en enriquecen la información actualizada y basada en evidencia de su enfermedad, alentar y encaminar al incremento sus competencias para que el usuario llegue al autocontrol, y así favorecer el involucramiento de la Unidad Operativa que brinda atención directa al usuario, a la familia, los amigos, y la comunidad, para que los pacientes sienta el apoyo necesario para poder cumplir las metas del automanejo de su enfermedad.

El objetivo del paciente con ECNT es la educación y empoderamiento de conocer el papel importante que tiene en el dominio de su situación crónica, y adquirir seguridad de poder actuar en el cuidado de su salud diariamente, así como también enrolar a la familia para que adquiera conocimiento de la enfermedad y ser un punto de apoyo para el usuario.

Diseño del sistema de entrega de los servicios.

La atención es poco adecuado en los pacientes con ECNT, esto lleva a la obligación de reorientar los servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de atención a

los usuarios con enfermedades crónicas. Por esta razón se deben mejorar los accesos a los servicios, mejorar la utilización de los recursos disponible, bajar los costos, efectividad de la atención, y aumentar la satisfacción de los usuarios de la atención recibida.

El sistema debe entregar una institución organizada y que planifique los programas integrados de las enfermedades crónicas. En este punto se encuentran las políticas de salud que asigne recursos y fortalezca estrategias para mantener un modelo de atención integral en salud, el liderazgo en todos los niveles de organización para una asistencia de alta calidad (Dra. María Cristina Escobar, Dra. María Rozas, Dra. Melanie Paccot, 2015)

Fundamento de las decisiones.

Las intervenciones más apropiadas para prevenir, recuperar y rehabilitar en aquellos pacientes con ECNT es la aplicación de una práctica clínica de elevada calidad que esté al nivel del conocimiento científico actual.

A pesar de esto existen personas con el mismo problema de salud pero con diferentes intervenciones terapéuticas, estas diferencias en el proceso de atención no se justifican porque aumenta el costo de los servicios de salud y puede llevar a resultados clínicos no deseados.

En esta sección se debe tener un instrumento para la toma de decisiones que esté al alcance del personal de salud, el usuario y la familia, para saber cuáles son las intervenciones más apropiadas y efectivas para dominar la enfermedad y mejorar la calidad de vida, evitando así las prácticas injustificadas.

Es así que cada sistema sanitario debería desarrollar guías de práctica clínica que deben estar fundamentada en lo más destacado de la evidencia científica y facilitarán la toma de decisiones por el personal sanitario hacia los usuarios con ECNT.

Sistema de Información Clínico.

Este elemento se basa mediante la aplicación de un sistema de información que garantice alcanzar los indicadores de la calidad de atención, mediante este sistema los equipos de salud pueden tener acceso cercano a los apuntes de cada paciente de forma individual, así como de la población en general.

También es útil para realizar el seguimiento de tratamiento, para recordatorio de los pacientes para las citas, para evaluar el desarrollo de los centros de salud y del personal que facilita el cuidado (Te & Colaborativos, 2007)

El resultado final del modelo es que el paciente obtenga la mayor cantidad de información sobre su enfermedad y el equipo de salud debe estar bien preparado para poder producir mejores resultados (Barceló et al., 2012.)

Instrumentos para evaluar la calidad de la atención.

Los servicios de salud necesitan instrumentos aplicables para poder medir la calidad de atención y con el resultado orientar al desarrollo de nuevas estrategias para suministrar los cambios necesarios para brindar un servicio de alta calidad.

El instrumento de Evaluación de los cuidados crónicos, denominado ACIC por sus siglas en inglés: Assessment of Chronic Illness Care, fue delineado por The Indian Health Service para medir la calidad de atención de los servicios de salud y determinar

el desempeño de la institución, este cuestionario se fundamentó en el Modelo de Atención de Enfermedades Crónica.

Con los resultados de la evaluación permite reconocer el déficit de la atención e implementar un plan de mejoras que serán aplicadas y reevaluadas periódicamente para mantener una calidad de la atención dentro de los servicios de salud (Te & Colaborativos, 2007.)

El ACIC mide el tipo de cuidado crónico que ha implementado el equipo de salud hacia los usuarios. El cuestionario ACIC consta de 34 ítems de los que se distribuyen en los siguientes dominios: organización del sistema de atención, vínculos con la comunidad, apoyo para el paciente en autocuidado, apoyo en la toma de decisiones para los prestadores, diseño del sistema de información clínica.

La escala tiene un rango en el resultado de 0 a 11, definidas de la siguiente forma: 0 - 2 poco o ningún apoyo a la atención de ENCT; 3 -5 soporte básico o intermedio; 6-8 soporte avanzado; 9 -11 la atención integral y óptima de las ECNT (Bonomi, Wagner, Glasgow, & Vonkorff, 2002.)

Emplea la escala de Likert que genera un puntaje para cada dominio, además de generar un puntaje agregado que clasifica a los centros en 4 categorías que describen el funcionamiento global para el manejo de ECNT. El instrumento del ACIC ya ha sido validado en otros países y sistemas de salud, ha sido aplicado en Chile o América Latina (Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, 2007) (Bonomi et al., 2002.)

El cuestionario de Evaluación del paciente de los cuidados crónicos con sus siglas en inglés: Patient Assessment of Chronic Illness Care PACIC, sirve para evaluar los elementos específicos que están relacionados con la aplicación del Modelo de

Atención de Enfermedades Crónica desde la percepción del usuario, fue desarrollado por Glasgow et al. En los Estados Unidos aplicado a 283 usuarios que sufrían algunas tipos de enfermedades crónica (Krucien, Le Vaillant, & Pelletier-Fleury, 2014.)

El cuestionario consta de con un total de 20 ítems que valora las siguientes dimensiones: Activación del paciente, Ayuda de decisión, Fijación de objetivos, Consejería contextuales, Seguimiento y coordinación. Se mide 1 nunca, y 5 siempre (IART, 2013) (Dra. María Cristina Escobar, Dra. María Rozas, Dra. Melanie Paccot, 2015.)

ADAPTABILIDAD FAMILIAR.

Para el individuo la familia tiene una estimación de elevado significado con una obligación personal y social, es un manantial de amor, regocijo, comodidad y apoyo en todo momento de alegrías y dificultades, pero así mismo se compone de instantes de desagrado, intranquilidad, tensión y enfermedad.

Las alteraciones de la vida familiar son capaces de producir cambios emocionales, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La presencia de las adversidades familiares conlleva a una respuesta a los factores estresantes, entre las cuales se puede mencionar la presencia de una enfermedad crónica a lo largo del tiempo o en su inicio.

La familia es un sistema que debe tener la capacidad de adaptarse para poder subsistir, se convierte en un proceso activo y se somete a dinámicas de retroalimentación; es importante la valorar la adaptabilidad de la familiar ya que nos facilita tener una percepción de la capacidad del núcleo familiar para transformar sus patrones transaccionales si fuera necesario (Casado Vicente & Calero Muñoz, 2012.)

Es así que se centra en la habilidad para cambiar la estructura, los roles y las normas antes momentos de crisis.

En las personas con DM 2 es fundamental implicar a la familia ya que el diagnóstico provoca una serie de emociones en el individuo que desencadena una desestructuración personal y familiar.

Dimensiones de la adaptabilidad familiar y tipos de familia.

Las dimensiones según el modelo circunflejo de Olson la Adaptabilidad Familiar está compuesta por: liderazgo familiar, control, disciplina, estilo de negociación, relación de los roles y regla de relaciones; generando tipos de familia rígida, estructurada, flexibles y caóticas (Ortiz, 2008.)

- **Familias Rígidas:** Se encuentran en el extremo de muy baja adaptabilidad con las siguientes características: liderazgo de tipo pasivo agresivo, control autoritario, disciplina autocrática, capacidad de negociación entre los miembros limitada, roles rígidos y estereotipados, reglas rígidas la mayoría de estas explícitas, comunicación negativa.
- **Familias Estructuradas:** Están en el nivel moderadamente bajo, se caracteriza por tener un liderazgo asertivo, control democrático, aptitud de convenio organizada, algunos roles de participación, pocas reglas que varíen, comunicación más negativa que positiva.
- **Familias Flexibles:** Se encuentran en el funcionamiento moderadamente alto con las siguientes características: liderazgo asertivo, control igual entre los miembros de la familia con cambio fluido, disciplina democrática, roles de

acción y participación con cambios variados, más reglas implícitas y con variados cambios, comunicación más positiva que negativa.

- **Familias Caóticas:** es el extremo de alta adaptabilidad, con sus características de liderazgo de estilo pasivo y agresivo, no existe control, disciplina indulgente y contemplativo, no hay negociación cambios dramático de roles y reglas, comunicación adecuada principalmente (Olson & Ph, 1999.)

En conclusión las familias adaptadas de tipo estructurada y flexible son las más óptimas para el funcionamiento familiar, mientras que las rígidas y caóticas que se encuentran en los extremos son más conflictivas durante todo los ciclos de vida.

Instrumento FACE III.

El instrumento FACE III (The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) de Olson, que se puede aplicar a personas después de los 12 años de edad, utiliza la escala para evaluar dos dimensiones del Modelo Circunflejo de Sistemas familiares: la cohesión y la adaptabilidad familiar.

Contiene 20 preguntas planteadas con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), y las respuestas incluye: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca.

El instrumento la dimensión de Adaptabilidad Familiar valora los números pares: liderazgo (6-18), control (12 – 2), disciplina (4-10), roles y reglas (8-14-16-20). Calificando la tipología en rígida: 10 – 19, estructurada: 20 -24, flexible: 25-28 y caótica: 29 -50.

En cuanto a la dimensión de cohesión valora los números impares de la siguiente manera: vinculación persona (11 -19), apoyo (1- 17), límites familiares (5-7), tiempo

y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15). Calificando de acuerdo al tipo de familia en los siguientes grupos: no relacionada: 10 -34, Semirrelacionada: 35 -40, relacionada: 41 -45 y aglutinada: 46 -50 (Ponce Rosas, Gómez Clavelina, Terán Trillo, Irigoyen Coria, & Landgrave Ibáñez, 2002)(Cuba, Jurado, & Romero, 2013.)

Este cuestionario ha sido validado en algunos países de américa latina como la validez del constructo del cuestionario FACE III en México (Ponce Rosas et al., 2002), escala de evaluación del funcionamiento familiar FACE III en Argentina (Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2010), adaptación y validación del cuestionario en Chile (Zegers, Larraín, Polaino-Lorente, Trapp, & Diez, 2003), (Zicavo, Palma, & Garrido, 2012.)

Adaptación familiar y los pacientes con DM2.

Cuando existe un paciente con DM2 en un núcleo familiar, se debe adaptar a la nueva crisis no normativa por pérdida de la salud, esto puede desarrollar conflictos, no todas las familias reaccionan de la misma manera cuando tienen un familiar con una enfermedad crónica no transmisible (ECNT).

Crisis implica no solamente un conflicto, sino una oportunidad, por ello, al enfrentar un cambio de situación, la familia puede mirar el conflicto sin enfocar también la oportunidad, o puede ver las dos connotaciones de la situación.

Los pacientes que presentan ECNT suelen adaptarse junto con sus familias, a los cambios siendo capaces de reestructurar y reorganizar su sistema familiar, para lograr esta situación se debe educar al paciente sobre su autocuidado y a los integrantes de la familia sobre las exigencias que incluye el cuidado de una persona con DM2, adquiriendo el compromiso de cambiar y mantener estilos de vida saludable.

Cuando la familia no logra adaptarse a esta nueva crisis, suelen abandonar al paciente colocando obstáculos para el manejo integral de la ECNT, probablemente por la negación, la presión y el poco conocimiento sobre la enfermedad. En otras ocasiones la familia se compromete tanto que sobre protegen al paciente y no dejan desarrollar su autonomía.

Es importante que el equipo de salud no solo se concentre en el paciente con DM2, sino que se comprometa con familia para realizar el acompañamiento de la enfermedad y poder orientar, educar, y tomar conciencia de la responsabilidad que demanda esta enfermedad.

Es así que el médico de familia tiene la preparación para tomar en cuenta los requerimiento tanto del enfermo como su familia y de esta manera promover familias más saludables (Cifuentes. & Quintul, 2005.)

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DM2

La Asociación Americana de Diabetes (ADA), especifica la DM2 como una alteración metabólica con características de hiperglucemia y acompañada de complicaciones microvasculares y cardiovasculares aumentando la morbilidad y mortalidad relacionada a la enfermedad y reduce la calidad de vida de manera importante (Millan, 2002.)

La DM2 tiene una alta prevalencia a nivel mundial, con un manejo clínico complejo por la necesidad imperiosa de realizar cambios en los estilos de vida de manera permanente, tener una adecuada adherencia al tratamiento y prevenir las complicaciones (Mata Cases, Roset Gamisans, Badia Llach, Antoñanzas Villar, & Ragel Alcázar, 2003.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que uno de los fines principales de toda Nación debe ser aumentar el nivel de salud de la población, tomando como referencia a la familia como núcleo de la sociedad.

El estudio de la familia y sus características, es un tema generalmente manejado en forma no sistematizada por los profesionales dedicados a la atención primaria, a pesar de su importancia como elemento determinante en la salud del individuo (Bernal, 2003.)

Los conceptos de la calidad de vida son complejos y amplios, y es definida por la OMS como: “la percepción del individuo de su posición en la vida en contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Cuba et al., 2013.)

Los usuarios que presentan DM2 tienen una carga emocional porque tienen que vivir con la enfermedad afectando su calidad de vida, ya que pueden adquirir conductas de indiferencia sobre los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos para poder llevar un control adecuado de su enfermedad; conllevando a las complicaciones que pueden deteriorar más su salud y el impacto económico que representa para los servicio de salud y su familia.

La estrategia para mejorar la atención es el fomento de las medidas preventivas y la promoción es necesaria para obtener una mejor calidad de vida, en conjunto con los prestadores de servicios de salud que deben rastrear enfoques basados en la evidencia actual para obtener mejores resultados clínicos.

En este sentido dentro de las recomendaciones está la importancia del auto cuidado de los usuarios con DM2 mediante la información oportuna, bajo la supervisión del

equipo de salud que felicitará la toma de decisiones para mejorar la salud de sus pacientes.

Existen otros problemas que afectan la vida de los usuarios con DM2 que afectan a su autocuidado como las expectativas de su enfermedad y sus resultados, la ansiedad general, los recursos financieros, sociales y emocionales (Cameron, 2016.)

La familia se establece como el primer soporte social que una persona posee en el transcurso de su vida, y considerándose que el círculo familiar desempeña un papel protector ante el estrés que se produce en la vida diaria.

Para obtener una promoción de salud y prevención de la enfermedad y evitar los daños que esta produce, es fundamental el apoyo que brinda la familia, ya que el individuo se siente protegido ante los cambios que llegan con cada ciclo vital en el entorno social.

Instrumento de la calidad de vida.

La Calidad de Vida relacionada con la salud se midió mediante el Cuestionario Diabetes Quality of Life (DQoL) que consta de 45 preguntas (Xix, 2013).

El DQoL está compuesto de cuatro secciones: La satisfacción con el tratamiento que consta de (15 preguntas), el impacto del tratamiento que consta de (20 preguntas), la preocupación social/vocacional (7 preguntas) y preocupación relativa de la Diabetes (4 preguntas).

Las respuestas se cuantificaran utilizando una escala Likert de 5 respuestas ordinales, con un tiempo promedio de 20 a 30 minutos para contestarse. (Millán, 2002).

La evaluación de la fiabilidad es elevada (alfa de Cronbach = 0.92), pueden haber variaciones al evaluar las dimensiones por separado es así que su validez analizada con varios test de referencia mostró una correlación significativa (Sánchez Lora, Téllez

Santana, & Gijón Trigueros, 2010).(R. R. García, Cortázar, Sánchez-Sosa, Agraz, & Sánchez, 2003.)

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio está constituida por 48 pacientes adultos con DM2, en tratamiento con antidiabéticos orales fueron 36 usuarios, insulín dependiente 12 usuarios, que acudieron a la atención médica regular del Centro de Salud San Cristóbal, en la ciudad de Portoviejo, en el período de septiembre a diciembre del año 2016.

TIPO DE ESTUDIO.

Corte transversal, descriptivo y correlacional.

MATERIALES.

Se recolectaron los datos de las historias clínicas en físico del departamento de estadística de la Unidad Operativa San Cristóbal para identificar el diagnóstico y tipo de tratamiento antidiabético que utilizan las personas para el estudio.

El cuestionario Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) se utilizó para evaluar la percepción de la calidad de atención de cuidados crónicos por los pacientes.

Ver anexo 2. Se utilizó el instrumento Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) que midió el tipo de cuidado crónico que ha implementado el equipo de salud hacia los usuarios. Ver anexo 3.

La calidad de vida relacionada con la salud se midió mediante el Cuestionario Diabetes Quality of (DQOL).(Sánchez Lora et al., 2010). Ver anexo 4. Se empleó el instrumento

FACE III (The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) de Olson, solo se tomó en cuenta la parte pertinente de la investigación que es la adaptabilidad familiar. Ver anexo 5.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyeron todas aquellas personas con diagnóstico de DM2, diagnosticados, hombres y mujeres entre 40 y 70 años por ser el rango de edad donde se suele presentar la enfermedad con más frecuencia; que utilicen antidiabéticos orales o sean insulín dependientes, que no tengan limitación mental o auditiva para responder el instrumento, y que tengan historia clínica en la Unidad Operativa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1, personas con enfermedad terminal, aquellos que no acuden a la atención médica de forma regular y no corresponden al circuito que brinda cobertura la unidad de salud, se excluyeron a las personas que presenten otras ECNT.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Previo autorización de la Directora Distrital y el líder de la Unidad Operativa, se procedió a identificar los pacientes en las historias clínicas, luego se contactó con los usuarios que participaron en la investigación, previo la firma del consentimiento informado.

Se recolectó la información mediante la aplicación de los instrumentos: PACIC, DQOL, FACE III aplicados a los usuarios con DM2. El instrumento del ACIC se le

aplicó a todo el personal de la Unidad Operativa, luego se realizó una reunión para llegar a un consenso para la valoración de la Unidad.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó estadística descriptiva e inferencial. Para las variables cualitativas, se utilizó proporciones y razones; mientras que para las variables cuantitativas se empleó medidas de tendencia central y dispersión.

En las variables sociodemográficas se aplicó frecuencia y porcentaje. Los análisis de significación se realizó con T Student y regresión lineal y polinómica; utilizando hoja de cálculo estadístico Microsoft Excel 2010.

ASPECTOS BIOÉTICOS

A los participantes del estudio se les explicó los objetivos e importancia del estudio, el manejo confidencial de la información, luego cada participante concedió su autorización por escrito en el formato de consentimiento informado (Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI), n.d.). Ver anexo 6.

Además se obtuvo la autorización de la dirección distrital y del líder encargado de la Unidad Operativa de Salud San Cristóbal para llevar a cabo el proyecto de investigación. Ver anexo 7.

LIMITACIÓN

Unas de las limitaciones fue el tamaño de la muestra y para realizar la evaluación de la atención de las ECNT solo se realizó en una sola Unidad Operativa, por tal motivo posiblemente no se evidenció asociación entre las variables del estudio. La valoración

de la familia solo se tomó en cuenta a los usuarios con DM2, probablemente los diferentes miembros de la familia tengan una posición desigual respecto a la Adaptabilidad Familiar.

CAPITULO V. RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS CON DM2 DEL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL

Como parte de este trabajo se caracterizó, mediante variables demográficas, a 48 usuarios con DM2 del Unidad Operativa San Cristóbal objeto de este estudio. La distribución por edad se representó en el **Gráfico 1**, donde se apreció que más de la mitad (el 52%) se encontraron entre 60 y 70 años, el 25% (12 pacientes) entre 50 y 59 años, y el 23% (11 pacientes) entre 40 y 49 años.

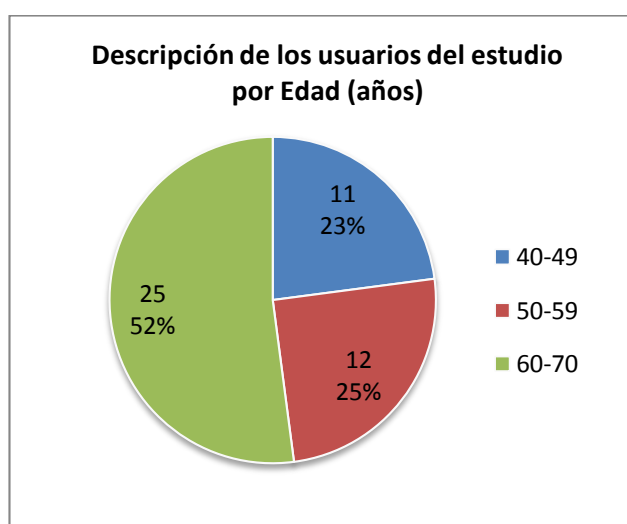


Gráfico 1

Personas con DM2 por rangos de edad.

En el **Gráfico 2**, representó la distribución por sexo, se observó que las dos terceras partes de los pacientes (es decir 67%) son mujeres, y 33% son hombres.

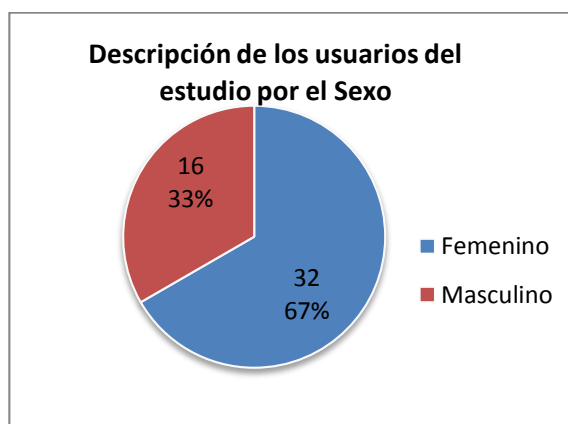


Gráfico 2

Personas con DM2 por sexo.

La distribución de estado civil de los pacientes se interpretó en el **Gráfico 3**, donde sobresalió la unión libre que correspondió al 50%, y un 34% de los usuarios estaban casados.

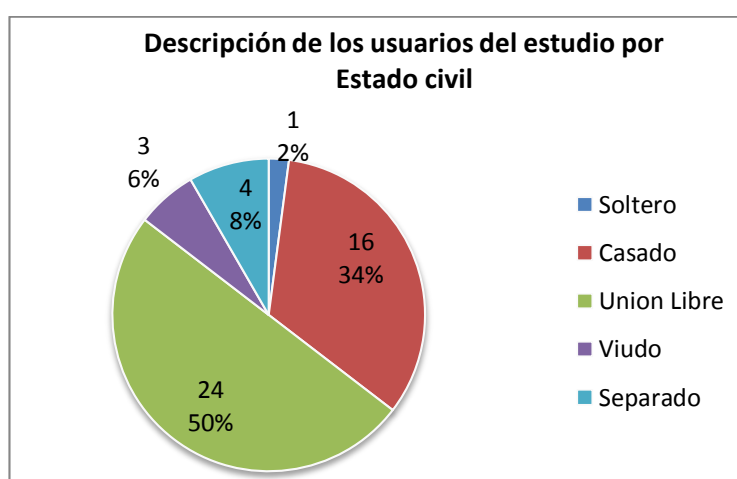


Gráfico 3

Personas con DM2 por estado civil.

El nivel de educación de los pacientes, en el estudio, reveló que 44% culminó el bachillerato, 31% tuvieron algún título superior, y el restante de usuarios no pasaron del nivel de estudio básico, como se consideró en el **Gráfico 4**.

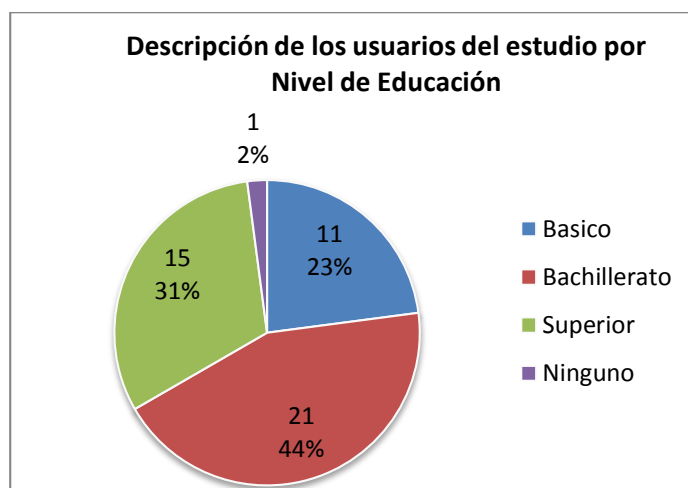


Gráfico 4

Personas con DM2 por nivel de educación.

En el **Gráfico 5** representó el porcentaje (44%) de los pacientes que trabajaron, y el porcentaje (56%) de quienes no lo hace actualmente.

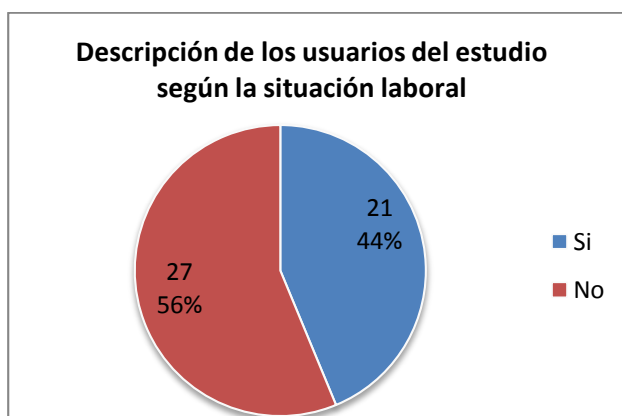


Gráfico 5

Personas con DM2 por situación laboral.

En el **Gráfico 6** se interpretó los porcentajes de pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento para la DM2. La cuarta parte de ellos recibió tratamiento con insulina, mientras que el 75% recibió tratamiento vía oral para la enfermedad.

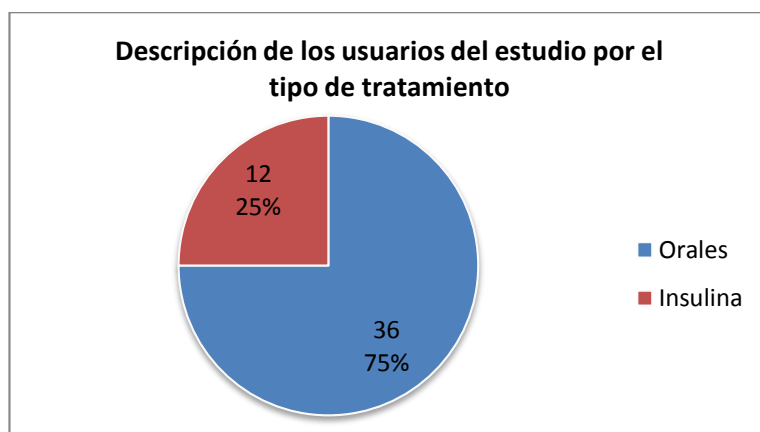


Gráfico 6

Personas con por tipo de tratamiento.

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS CON DM2 SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se obtuvieron datos con el instrumento Patient Assessment on Chronic Illness Care, PACIC, que fue representado en el **Gráfico 7**, permitió observar las tendencias en cada aspecto valorado. Con excepción en el ítem relacionado con Ayuda de decisión, en los demás criterios predominaron los valores medios y bajos de la escala del PACIC.

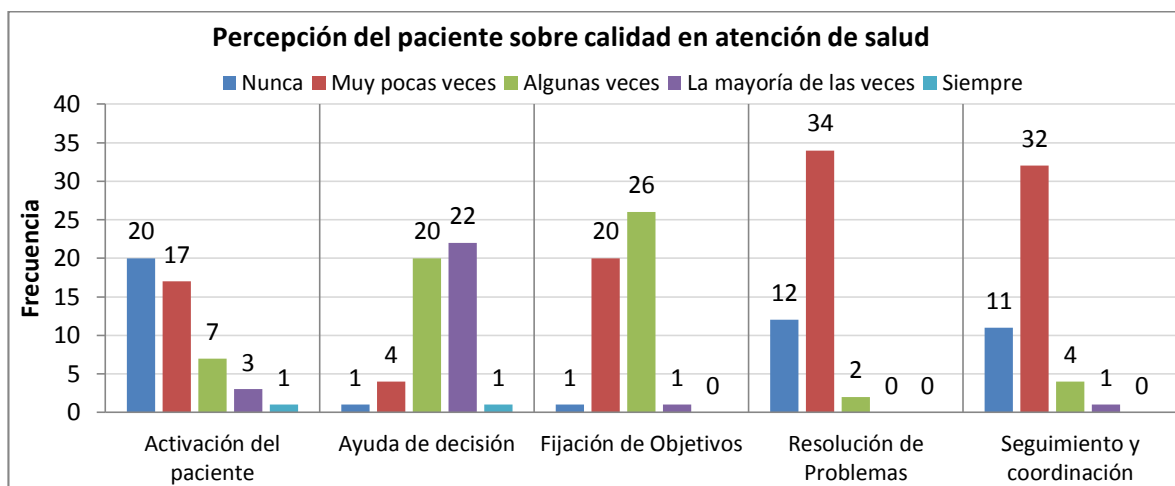


Gráfico 7

Evaluación de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de los pacientes.

En el **Gráfico 8**, para el criterio de Activación del paciente, el 92% de los encuestados (44 pacientes) indicaron haber recibido algunas, pocas, o ninguna vez, una atención de calidad. En Ayuda de decisión los valores fueron más parejos: un 52% (25 pacientes) señalaron haber recibido como mucho algunas veces buena atención, contra el 48% (23 pacientes) que dijeron haberla recibido la mayoría de las veces o siempre.

El 98% de los pacientes encuestados (47 de 48 personas) afirmaron que algunas, pocas, o ninguna vez recibieron buena atención para los aspectos de Fijación de objetivos, y Seguimiento y coordinación. A nivel de Resolución de problemas, el 100% de los 48 pacientes percibieron que algunas, pocas, o ninguna vez, recibieron atención adecuada; e inclusive solo 2 pacientes (el 4%) afirmaron haberla recibido alguna vez.

En el **Gráfico 8** se han agrupado los valores anteriores en dos grupos: el primero que abarcó las categorías medias y bajas (Nunca, Muy pocas veces, y Algunas veces); y el

segundo las categorías altas (La mayoría de las veces y Siempre), como se mostró en el gráfico siguiente.

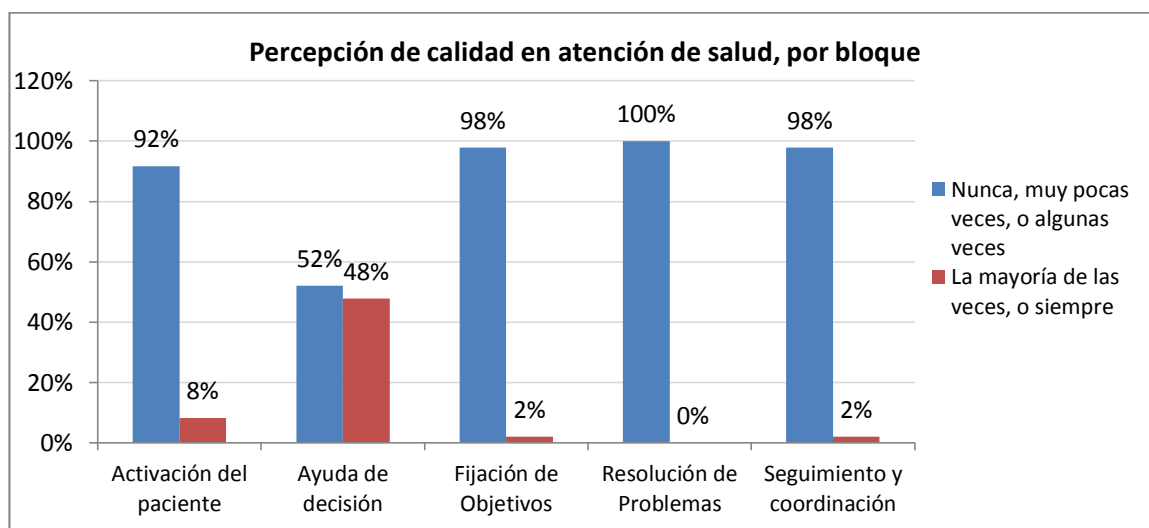


Gráfico 8

Evaluación de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de los pacientes, con agrupación de categorías.

La percepción de los usuarios en cuanto a la calidad de la atención en los casos crónicos, aplicando el instrumento PACIC, debió alcanzar el 100% si se consideró que la respuesta “siempre” es el máximo valor con 5 puntos. Sin embargo la calificación en promedio que alcanzó desde el enfoque de usuarias y usuarios es de 1.26/5 puntos, lo que equivale a 31.5% de satisfacción de manera global.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD RELACIONADA AL MANEJO DE LA DIABETES

La calidad de atención en salud a pacientes crónicos con DM2, desde el punto de vista de los prestadores del servicio, se midió con el instrumento Assessment on Chronic Illnes Care, ACIC. Para ello, se encuestó a los 17 integrantes del equipo de salud de la

Unidad Operativa recolectado sus opiniones en todos los aspectos sobre la calidad de la atención o cuidados crónicos.

En el **Gráfico 9** se representó los valores de los subcriterios del tema Organización del sistema de salud. El valor más bajo (6.35/11) se obtuvo en Liderazgo de la organización; mientras que el más alto (7.24/11) se alcanzó en Beneficios.

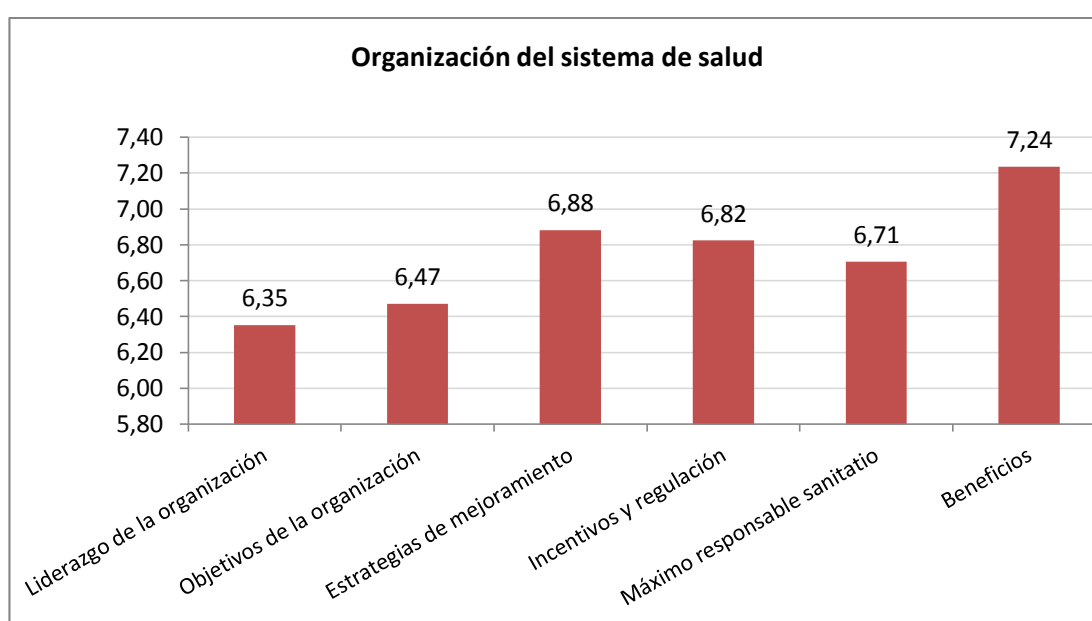


Gráfico 9

Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Organización del sistema de salud (ACIC).

El **Gráfico 10** mostró la puntuación de los subcriterios del criterio Cooperación comunitaria. El componente más bajo fue el de Convenios con organizaciones (5.94/11); mientras que el más alto fue Planes regionales de salud con 6.59/11. La media del criterio fue 6.29/11.

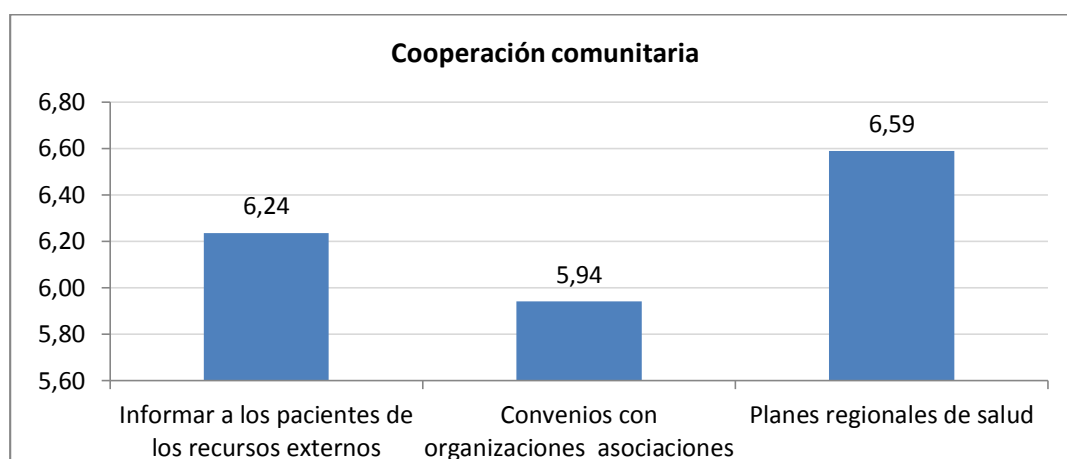


Gráfico 10

Evaluación de Cuidados Crónicos por proveedores (ACIC), criterio Cooperación comunitaria.

En el **Gráfico 11** correspondió a los subcriterios de Autocuidado de la diabetes. El subcriterio con puntuación más baja fue Intereses del usuario y la familia, con 5.88/11; y con puntuación más alta fue Evaluación de las necesidades y actividades de autocuidado, con 7.00/11. El criterio Autocuidado de la diabetes alcanzó la media de 6.24/11.

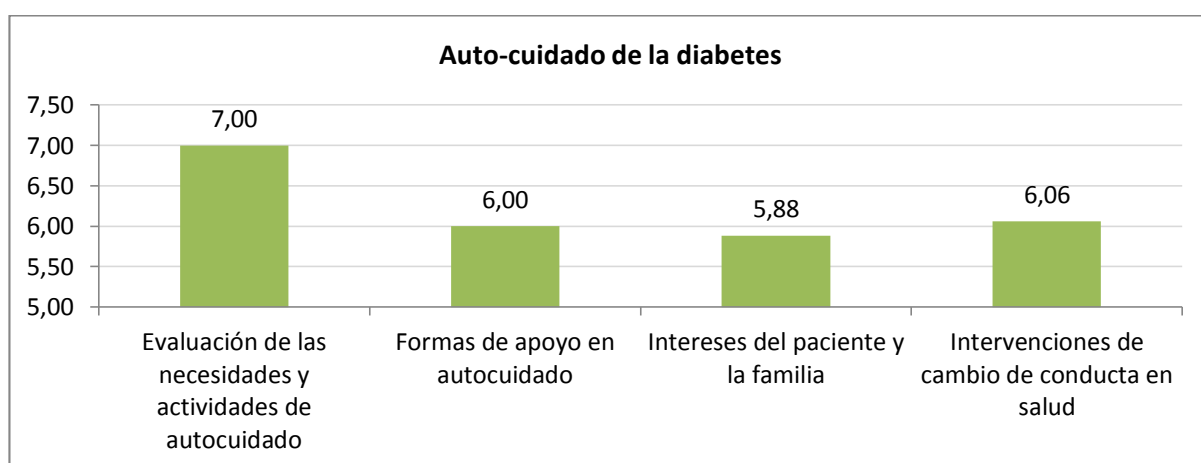


Gráfico 11

Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Autocuidado de la diabetes (ACIC).

El **Gráfico 12** concernió a los componentes del criterio Apoyo a la toma de decisión. Aquí el subcriterio más bajo fue Implicación de especialistas en medicina primaria (5.71/11); mientras que el más alto fue Educación del personal sanitario en cuidados del paciente (6.82/11). La media de este criterio fue de 6.40/11.

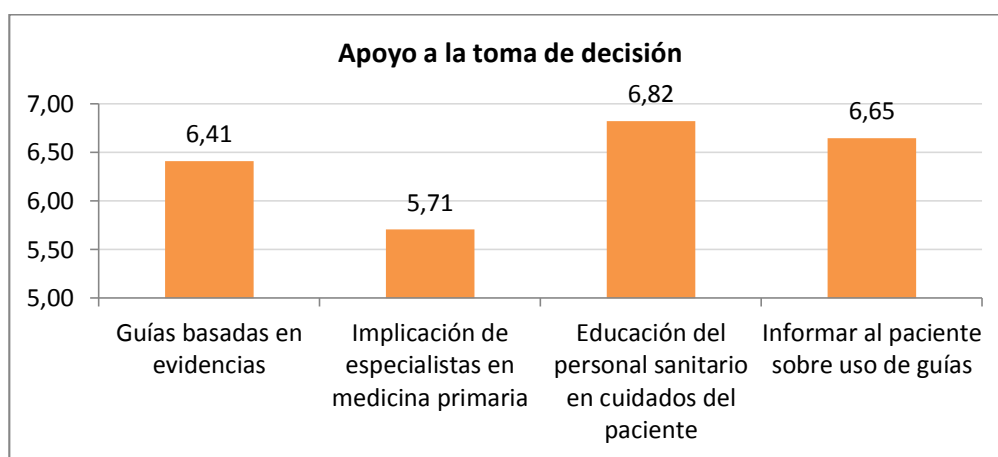


Gráfico 12

Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Apoyo a toma de decisión (ACIC).

En el **Gráfico 13** representó los subcriterios de Sistema de provisión de cuidados. El subcriterio con puntuación más baja fue Continuidad de cuidados, con 5.47/11; mientras que el más alto fue Sistema de citas, con 6.47/11.

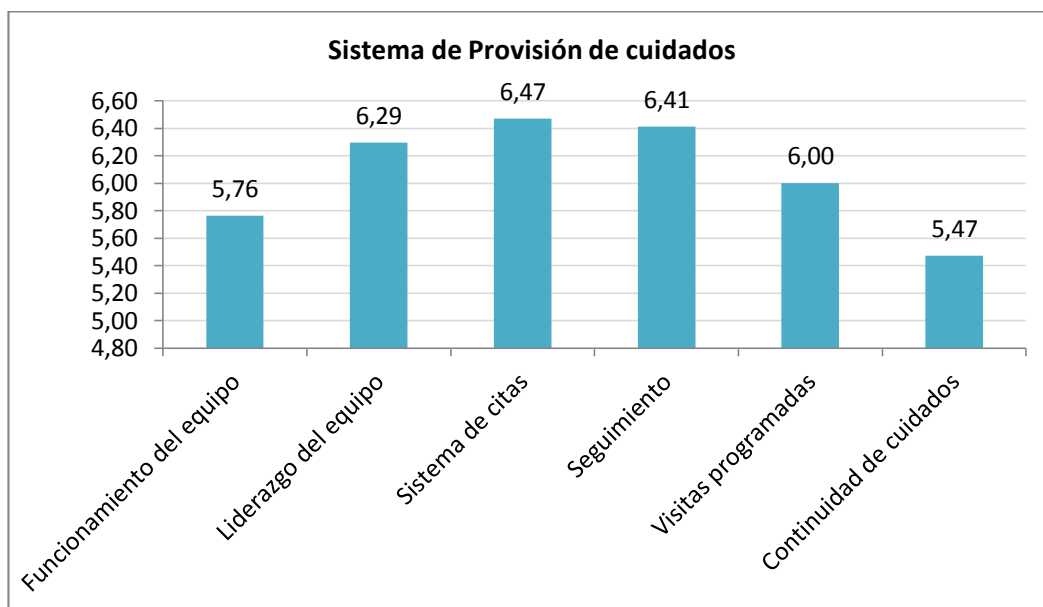


Gráfico 13

Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Sistema de Provisión de cuidados (ACIC).

El **Gráfico 14** enfatizó sobre la puntuación de los subcriterios del criterio Sistema de información. El componente más bajo fue el de Sistemas de evaluación (5.59/11); mientras que el más alto fue el de Registros con 6.18/11. La media del criterio fue 6.02/11.

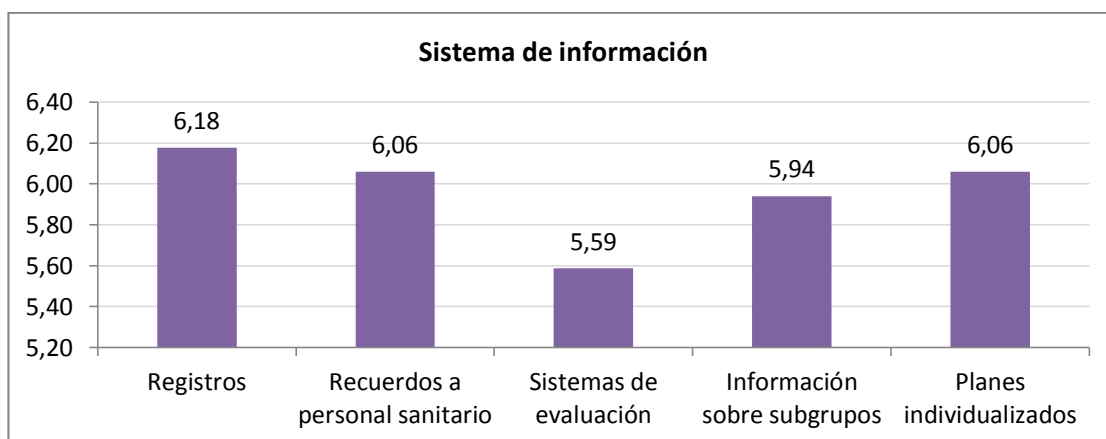


Gráfico 14

Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Sistema de información (ACIC).

En el **Gráfico 15** representó los valores de los subcriterios del criterio Integración con el modelo de enfermedades crónicas. El valor más bajo (5.94/11) se obtuvo en Planificación basada en cuidados crónicos; mientras que el más alto (6.82/11) se alcanzó en Seguimiento de citas, chequeos periódicos y objetivos. La media de este criterio fue 6.33/11.

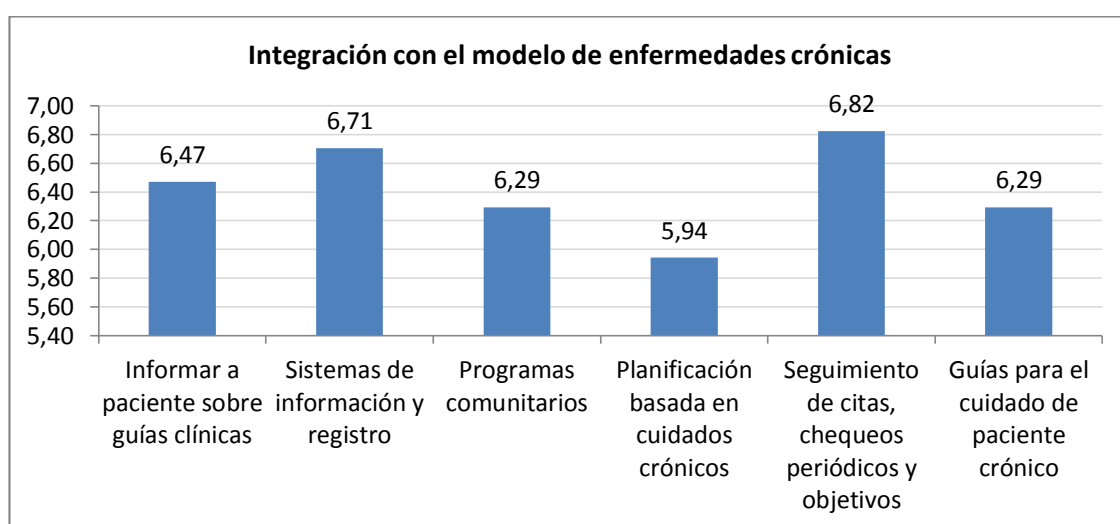


Gráfico 15

Evaluación de calidad de cuidados crónicos por proveedores (ACIC), Subcriterios de Integración con el modelo de enfermedades crónicas (ACIC).

El **Gráfico 16** indicó la Media como la Mediana de casi todos los criterios (con la excepción del criterio 5, Apoyo Técnico) se encontró entre los rango de puntuación de 6/11 y 7/11, equivalente a que ofrecieron un soporte avanzado en la atención y así clasificaron en Nivel B de calidad la Unidad Operativa según el ACIC.

En cuanto al Apoyo Técnico su puntuación fue entre los rango de 5/11 y 6/11, se identificó que en este punto la Unidad de salud aportó un soporte básico o intermedio a los usuarios.

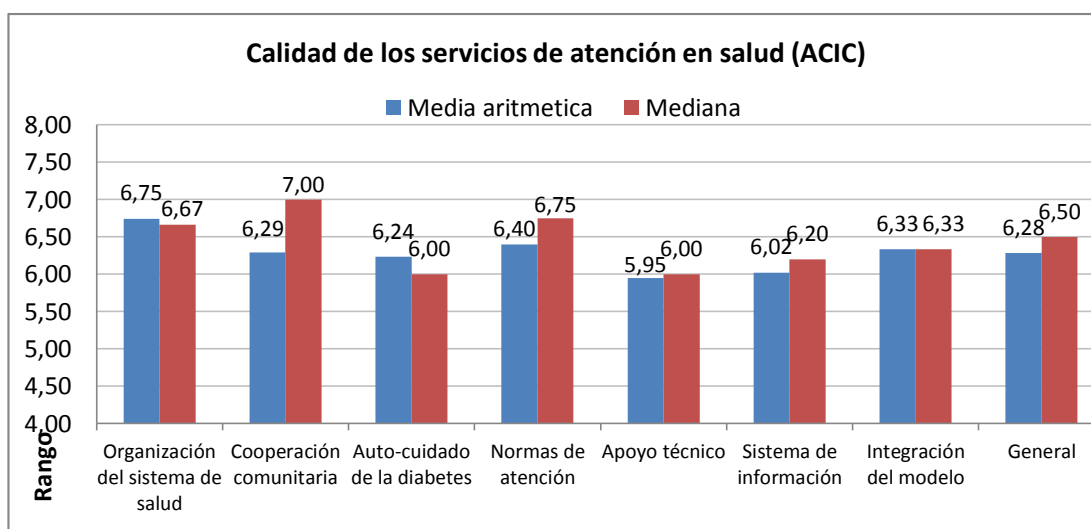


Gráfico 16

Evaluación de calidad de atención de enfermedades crónicas no transmisibles por el personal del Centro de Salud San Cristóbal. ACIC 2016.

La media aritmética general de todos los criterios es 6.28/11 (un 57.09% de calidad), mientras que la mediana global es 6.50/11. Desde la autopercepción de los proveedores del Centro de Salud, la calidad que ofreció es algo más de la mitad de lo que debió ser un nivel óptimo.

RELACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO EN SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS CON DM2

Se determinó la precepción de la calidad de vida de los pacientes con DM2, mediante el cuestionario Diabetes Quality of Life, DQoL descrito anteriormente, se estableció la frecuencia para cada nivel de satisfacción.

El **Gráfico 17** representó la cantidad de pacientes en cada nivel. Hubo un solo paciente Muy satisfecho con su calidad de vida (es decir 2.1%), 16 pacientes Más o menos

satisfechos (el 33.3%), 30 pacientes con Ningún criterio de satisfacción sobre su calidad de vida (el 62.5% del total), y 2 pacientes Más o menos insatisfechos (el 4.2%).

No hubo en los resultados ningún paciente Muy insatisfecho.

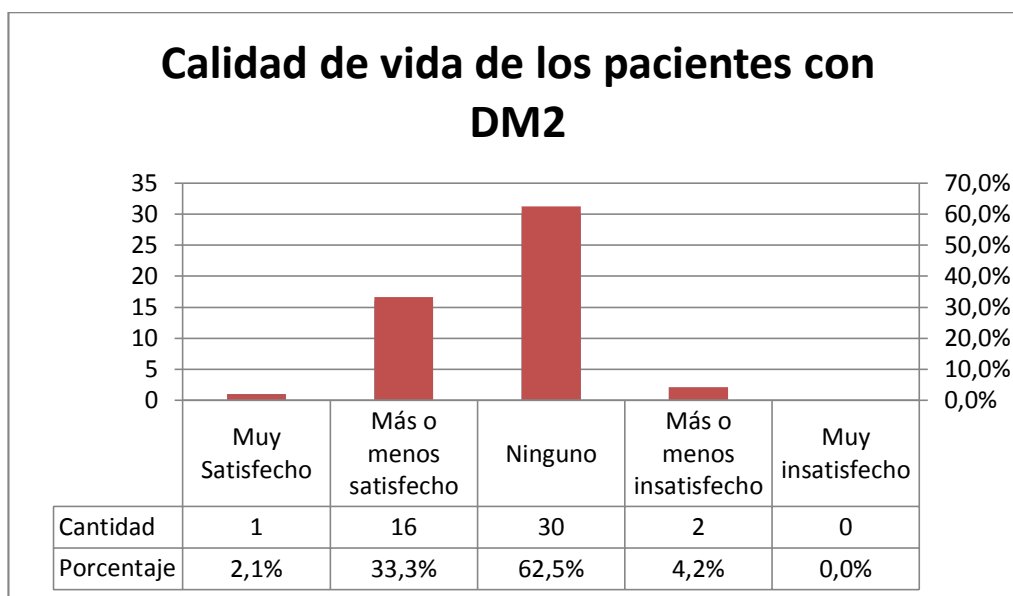


Gráfico 17

Personas con DM2 por su Calidad de Vida.

El **Gráfico 18** mostró un diagrama de dispersión de la relación de las dos variables, así como la ecuación de la relación lineal y la correlación entre ambas.

No se evidenciaron correlaciones entre las variables calidad de vida los usuarios con DM2 y la calidad de atención que brindó la Unidad Operativa, ya que los valores se distribuyeron indistintamente como una nube de puntos.

La pendiente es casi horizontal, por lo tanto la ecuación de ajuste de la regresión lineal no denotó una considerable relación.

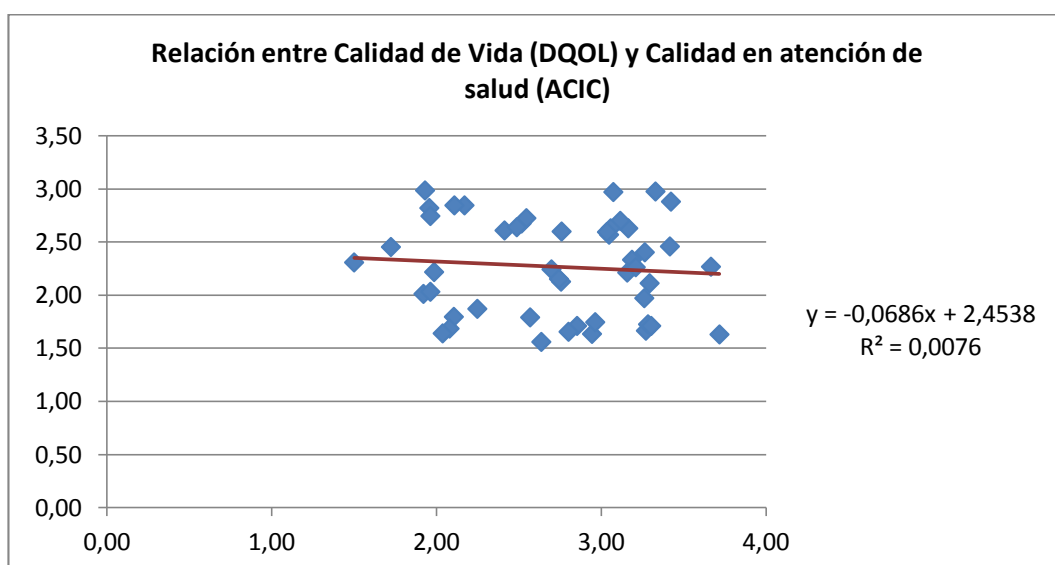


Gráfico 18

Dispersión entre Calidad de Vida (DQOL) y Calidad de atención en salud (ACIC).

RELACIÓN ENTRE LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

El **Gráfico 19** correspondió a la distribución y frecuencia de los tipos de familia de acuerdo al modelo de Olson.

Las características de cada tipo de familia fueron: Familias rígidas que tuvieron muy baja adaptabilidad con el 6,3%, familias estructuradas representaron el 29,2%; las familias flexibles correspondieron al 35,4% fueron las que tuvieron un nivel moderado bajo y alto de adaptabilidad y las familias caóticas alta adaptabilidad resultaron con el 29,2%.

Se apreció que, entre los pacientes, hubo muy pocas familias con adaptabilidad rígida; mientras que los otros tipos tuvieron una frecuencia un tanto similar.

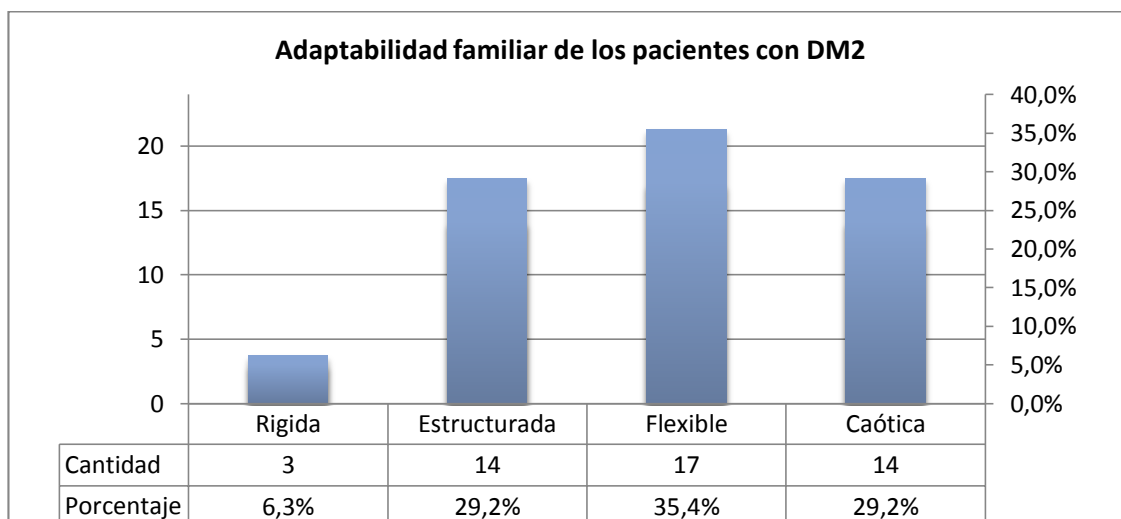


Gráfico 19

Adaptabilidad Familiar de los usuarios con DM2 según el FACE III.

Se determinó la relación de la Adaptabilidad Familiar con la Calidad de Vida, mediante un gráfico de dispersión de ambas variables (obtenidas con los instrumentos FACE III y DQoL).

En el **Gráfico 20** se encontró una mejor relación entre ambas variables, se decidió agrupar los valores de acuerdo al tipo de adaptabilidad, y se compararon con la Calidad de Vida.

Se aplicó la regresión polinómica que se ajustó mejor a la relación de las variables, ya que tiene una R^2 de 0.1938 que correspondió a una correlación positiva débil. Es decir que aproximadamente un 20% de los valores de una variable se ajustó a la otra utilizando esta ecuación; lo que significó que, si la familia se adapta al cambio mejora su calidad de vida.

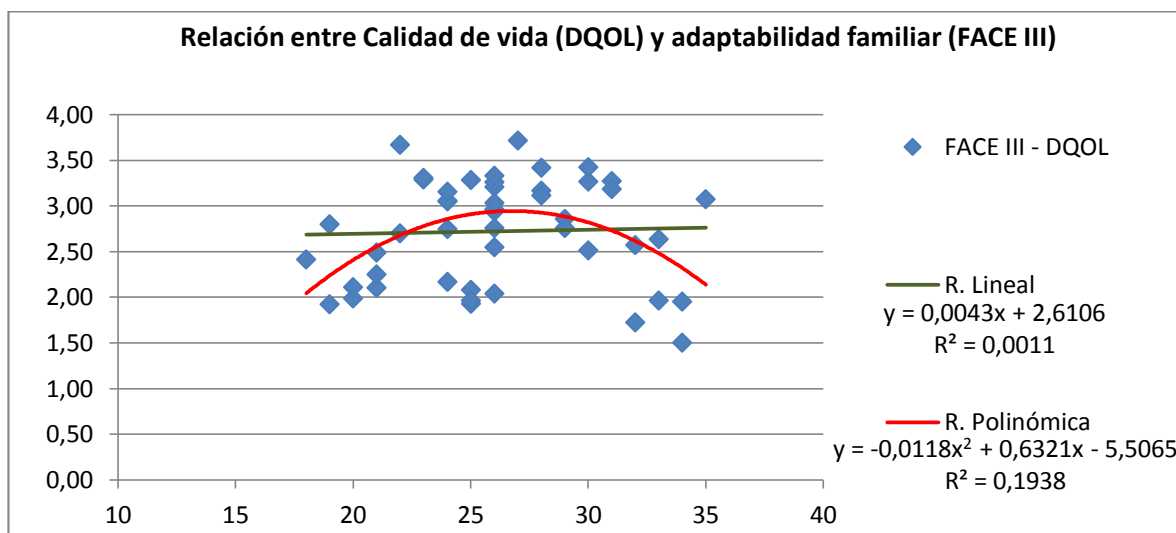


Gráfico 20

Dispersión entre Calidad de Vida (DQOL) y Adaptabilidad Familiar (FACE III). Se muestra las ecuaciones de las regresiones lineales y polinómica entre las dos variables.

Se decidió agrupar los valores de acuerdo al tipo de adaptabilidad, y compararlos con la Calidad de Vida. No se hizo este análisis con la Adaptabilidad Familiar rígida, ya que solo se encontraron tres familias de este tipo en el estudio.

En el **Gráfico 21** presentó el diagrama de dispersión entre la Calidad de Vida y la Adaptabilidad Familiar estructurada de los usuarios con DM2, así como las ecuaciones de ajuste de las regresiones lineal y polinómica de grado 2.

El resultado R^2 de la regresión polinómica tiene un valor de 0.5552 es decir una correlación positiva moderada, lo que demostró que la familia estructurada se ajustó a mejorar la calidad de vida de los usuarios.

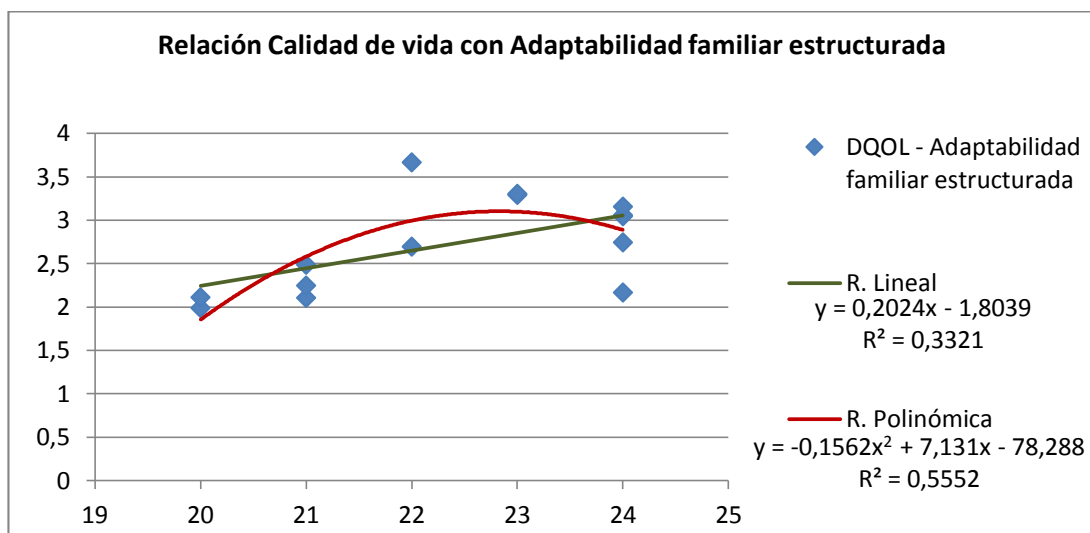


Gráfico 21

Dispersión entre Calidad de Vida (DQOL) y Adaptabilidad Familiar estructurada. Se muestra las ecuaciones de las regresiones lineales y polinómica entre las dos variables.

El diagrama de dispersión entre la Calidad de Vida y la Adaptabilidad Familiar flexible de los pacientes con DM2, así como las ecuaciones de ajuste de las regresiones lineal y polinómica de grado 2 para este caso, se identificó en el **Gráfico 22**. También se apreció una tendencia en la dispersión de los puntos.

Se aplicó la regresión polinómica donde se obtuvo el valor de 0.427 que indicó una correlación positiva débil, es decir las familias flexibles se adaptaron e influyeron de manera débil sobre la calidad de vida.

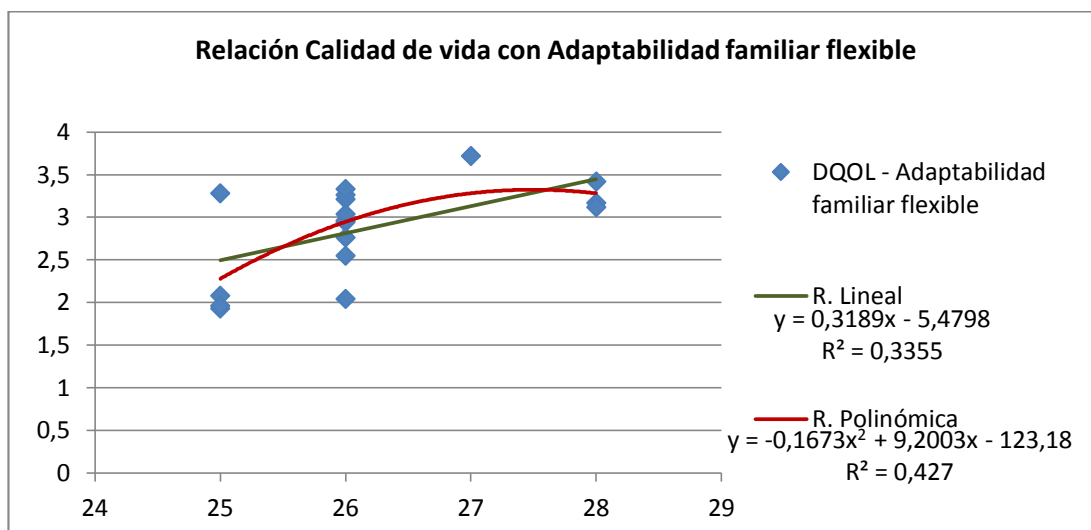


Gráfico 22

Dispersión entre Calidad de Vida (DQOL) y Adaptabilidad Familiar flexible. Se muestra las ecuaciones de las regresiones lineales y polinómica entre las dos variables.

El **Gráfico 23** mostró el diagrama de dispersión entre la Calidad de Vida y la Adaptabilidad Familiar caótica de los usuarios con DM2, así como las ecuaciones de ajuste de las regresiones lineal y polinómica de grado 2.

Aunque los datos fueron más cercanos, se apreció una relación con pendiente negativa. El valor de R^2 de la ecuación de ajuste de la regresión lineal es de -0.2502 que correspondió a una correlación negativa débil, significó que entre más caótica fue la familia más deteriorada fue la calidad de vida de los pacientes.

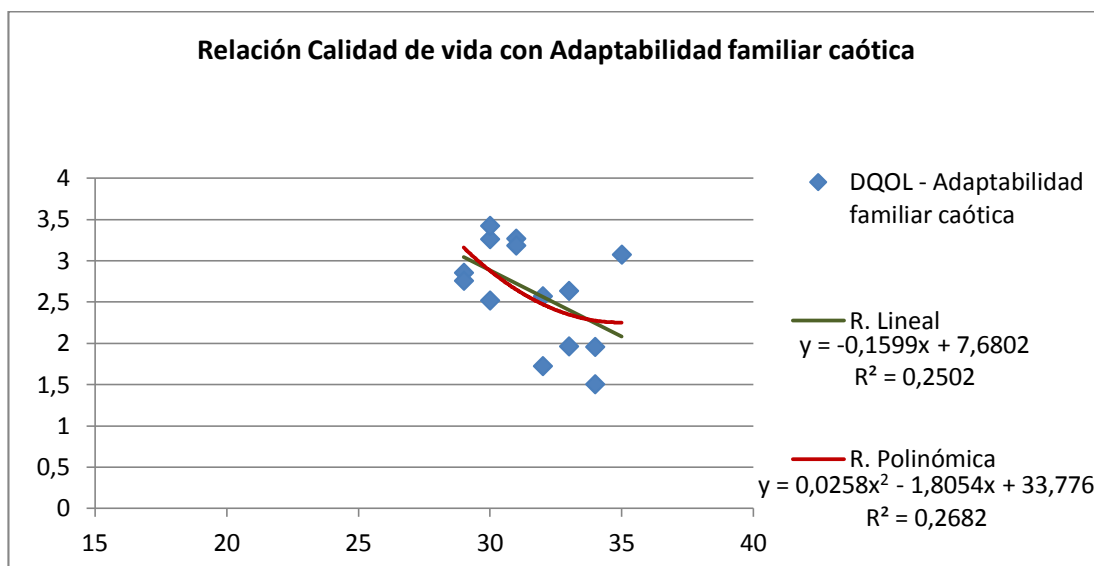


Gráfico 23

Entre Calidad de Vida (DQOL) y Adaptabilidad Familiar caótica. Se muestra las ecuaciones de las regresiones lineales y polinómica entre las dos variables.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una enfermedad crónica no transmisible, de interés en la salud pública por generar un alto impacto para los sistemas de salud, porque eleva la demanda de servicios y su repercusión en la calidad de vida de los usuarios que la presentan, por este motivo esta investigación permitió determinar la calidad de vida en los pacientes con DM2 relacionado con la calidad de atención del servicio de salud y la adaptabilidad familiar.

El presente estudio predominó el género femenino, como sucedió en el estudio realizado por López et al., lo que puede sugerir que las mujeres se ven más expuestas a factores de riesgo, y los cambios hormonales, y probablemente se preocupan más por su salud que los hombres, acudiendo con más frecuencia a las unidades de salud. (Felipe, Cortés, & Ortiz, 2014)

En relación a la edad, la muestra fluctuó en un rango entre los 40 y los 70 años con una frecuencia de 52% comprendido entre los 60 y los 70 años. En estudios semejantes realizados por López, Hervás, presentó que el rango de edad fue entre los 60 y los 70 años; probablemente estas edades es más frecuente esta enfermedad asociado a su proceso propio de envejecimiento. (Hervás, Zabaleta, Miguel, Beldarrain, & Díez, 2007.)

De acuerdo a los resultados de este estudio, la percepción de los pacientes sobre la calidad del servicio de salud (PACIC) con un puntaje en general de 1.26/5 con una satisfacción del 33.5%. Krucien et al., identificaron 17 estudios que reportan un

puntaje del PACIC entre 2, a 3,2 con una mediana de 2,84. (Krucien, Le Vaillant, & Pelletier-Fleury, 2014)

Probablemente la percepción de los usuarios se vea influenciada por el agendamiento al contact center para la solicitud de una cita médica, las experiencias anteriores de mala atención, la inconformidad por la falta de personal de salud, los insuficientes insumos y medicamentos que los usuarios requieren para controlar su enfermedad.

Con estos resultados y nuevas investigaciones se puede plantear importantes desafíos para planificar y gestionar la mejora de la calidad de los servicios de salud, basados en la gestión de expectativas y la satisfacción del usuario.

En la presente investigación la autopercepción del personal de salud sobre la calidad del servicio de salud (ACIC) puntuó una media aritmética de todos los criterios de 6.28 correspondiente al 57,09% de calidad, esto se contrapone a lo hallado por Bailie et al., en el estudio realizado cuya puntuación global del ACIC varió de 2,6 a 5,3, con una mediana de 4.3.(Si, Bailie, & Connors, 2005.)

Al ser evaluado el centro de salud y con resultados que evidencian las fortalezas y debilidades del sistema, sirve para orientar a mejorar la calidad de atención que brinda la unidad operativa.

Al aplicar el coeficiente de correlación entre la calidad de la atención del servicio de salud y la calidad de vida de los usuarios con diabetes no hay correlación entre las variables. No se encontraron otros estudios relacionados con la investigación, por tanto es imperiosa la necesidad de incentivar a continuar investigando sobre el tema propuesto.

Los perfiles de la calidad de vida en las diferentes áreas muestran un resultado intermedio calificando como ninguno con un 62,5%, y un 33,3% como más o menos satisfecho, es decir tienen una buena percepción de su enfermedad, lo que se contrapone a diferentes estudios realizados por Hervás y Ríos, en los reportan un deterioro de la calidad de vida en los usuarios con diabetes.

Estos resultados pudieron estar influenciados por la afectación emocional luego de vivir un desastre natural (terremoto), porque probablemente la familia se mantuvo más unida sintiéndose más apoyados en su enfermedad, destacando así la importancia de realizar otros estudios en la misma población para determinar si su calidad de vida vario con el tiempo y las circunstancias (Ríos Castillo, Sánchez Sosa, & Verónica, 2004.)

Según el modelo circunflejo de Olson la clasificación familiar obtenida fue 35,4% de las familias eran flexibles, 29,2% familias estructuradas con igual porcentaje las familias caóticas o extremas. En estudios realizados por Mendoza Solís y col el 16% de las familias eran extremas y el 43% eran medias.

Con respecto la estructura familiar en los usuarios con diabetes probablemente puede estar influenciada por la cultura y las crisis que presentan las familias como los eventos naturales que les obliga a realizar cambio de roles y normalizar las relaciones entre los miembros de la familia, existiendo una contraposición con estudios realizados a otras familias.(Sánchez-Reyes & González-Pedraza-Avilés, 2011)(La, 2006)

Al aplicar el coeficiente de correlación entre la adaptabilidad familiar con la calidad de vida de los usuarios con diabetes, indica una relación débil ($r=0,3321$) para la familia estructurada y flexible, a diferencia con la aplicación de la regresión lineal ($r=$

-0,2502) es una correlación negativa, significa que entre más caótica la familia más se deteriora su calidad de vida. Probablemente esto corresponda a la interacción que tiene el usuario con diabetes con su contexto, tanto los factores socioeconómicos, social, el apoyo familiar, y como percibe su enfermedad.

No se han encontrado trabajos anteriores, en donde otros investigadores simultáneamente relacionen la familia y la calidad de vida, por lo tanto son líneas de investigación que deberían tener mayor interés por parte de otros investigadores.

En la presente investigación la autopercepción del personal de salud sobre la calidad del servicio de salud (ACIC) puntuó una media aritmética de todos los criterios de 6.28 correspondiente al 57,09% de calidad, esto se contrapone a lo hallado por Bailie et al., en el estudio realizado cuya puntuación global del ACIC varió de 2,6 a 5,3, con una mediana de 4.3.(Si, Bailie, & Connors, 2005.)

Al ser evaluado el centro de salud y con resultados que evidencian las fortalezas y debilidades del sistema, sirve para orientar a mejorar la calidad de atención que brinda la unidad operativa.

Al aplicar el coeficiente de correlación entre la calidad de la atención del servicio de salud y la calidad de vida de los usuarios con diabetes no hay correlación entre las variables. No se encontraron otros estudios relacionados con la investigación, por tanto es imperiosa la necesidad de incentivar a continuar investigando sobre el tema propuesto.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La percepción del paciente con DM2, relacionado a la calidad que la Unidad Operativa les brinda, está por debajo de un nivel bueno, ya que solo alcanza un 31.5% de satisfacción en forma global.
- La calidad de la atención en salud está en el límite inferior del Nivel B del ACIC, que equivaldría a un nivel de soporte avanzado en la atención, con un 57,09% de calidad.
- La percepción de la calidad de atención en salud para los pacientes crónicos con DM2, difiere con respecto al del equipo de salud, pues ambos actores sociales, usuarios y proveedores califican la calidad muy cerca de un valor medio, lo que indica que la calidad ofertada en el servicio y la calidad percibida por usuarios, deja mucho que desear.

Extendiendo el dato, se puede decir que aproximadamente uno de cada tres usuarios-as del centro de salud están insatisfechos con la calidad de cuidados crónicos. Este índice significaría el derrumbe de un centro privado de atención.

- No se encontró evidencia de una relación estadística entre la calidad de la atención con la calidad de vida de los usuarios con DM2; por lo tanto se rechaza la hipótesis que se formuló.
- Existe relación entre la adaptabilidad familiar con la calidad de vida en los pacientes con DM2, aunque esta relación se da al agrupar las familias de

acuerdo al tipo de adaptabilidad. Esto concuerda con estudios existentes que justifican que la familia es sustancial para mejorar calidad de vida de estos usuarios. Concretamente, se evidencia una asociación positiva entre la adaptabilidad de las familias de tipo flexible y estructurada, y la calidad de vida de los pacientes crónicos con DM2.

RECOMENDACIONES

- En todos los Centros de Salud se debe realizar estudios sobre el impacto de las Enfermedades crónicas no transmisibles, el comportamiento familiar de los mismos de manera más amplia, para lograr mejorar la calidad de los servicios y la salud de los usuarios.
- Se recomienda programar e implementar el modelo de atención a enfermedades crónicas en las Unidades Operativas, que propone la Organización Panamericana de la Salud, para mejorar la relación entre la calidad de la atención en salud y la calidad de vida de los usuarios.
- El presente estudio aporta con una línea de base para que el equipo de salud proponga y ejecute estrategias para mejorar cada aspecto evaluado sobre la calidad de la atención. Si se aplican reformas y mejoras, se debe realizar una nueva aplicación del instrumento ACIC en la Unidad Operativa al cabo de un año, para monitoreo de las mejoras y reevaluar la calidad de la atención en salud y verificar si se lograron mejoras.
- Cabe recomendar que el servicio público de salud capacite al personal sanitario sobre el modelo de la atención de los usuarios con Enfermedades crónicas no

transmisibles, así como de los aspectos del entorno familiar de los pacientes, para poder aplicarlo de manera correcta en sus consultas, a partir de las innovaciones que este modelo exige en el proceso de atención, no solamente dentro de la consulta médica, sino en todo el proceso que cumple el equipo de salud desde sus responsabilidades específicas.

- Desarrollar estrategias para llevar un control del progreso o involución de la enfermedad (por ejemplo un tipo de carnet especial diseñado para el caso), para estimular el autocuidado del usuario y que este tome responsabilidad en su padecimiento crónico. Se hace necesario impulsar un tipo de clubes de personas con diabetes que alcance este propósito.

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

Tabla 1

Análisis estadístico entre los resultados del DQOL (Calidad de vida) y el ACIC.

| Variable | Media original | Media escalada | Varianza escalada | Tamaño de la muestra | Valor <i>t</i> obtenido |
|------------------------------|----------------|----------------|-------------------|----------------------|-------------------------|
| Calidad de Vida | 2.72 | 3.28 | 0.3217 | 48 | 2.7158 |
| Calidad de atención en salud | 6.31 | 2.87 | 0.1867 | 17 | |

Elaborado: Flérida Eliana Andrade Moreira.

Fuente: Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.

Tabla 2.

Descripción de la población de estudio de acuerdo a las Variables Demográficas.

| Variable Demográfica | Escala | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|--------------|------------|------------|
| Edad | 40-49 | 11 | 23% |
| | 50-59 | 12 | 25% |
| | 60-70 | 25 | 52% |
| Sexo | Femenino | 32 | 67% |
| | Masculino | 16 | 33% |
| Estado Civil | Soltero | 1 | 2% |
| | Casado | 16 | 33% |
| | Unión Libre | 24 | 50% |
| | Viudo | 3 | 6% |
| | Separado | 4 | 8% |
| Nivel de Educación | Básico | 0 | 0% |
| | Bachillerato | 21 | 44% |
| | Superior | 15 | 31% |
| | Ninguno | 1 | 2% |
| Situación Laboral | Si | 21 | 44% |
| | No | 27 | 56% |

Elaborado: Flérida Eliana Andrade Moreira.

Fuente: Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.

Tabla 3.

Descripción de la población de estudio según el Tratamiento de la Diabetes.

| Tipo de tratamiento | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Orales | 36 | 75% |
| Insulina | 12 | 25% |

Elaborado: Flérída Eliana Andrade Moreira.

Fuente: Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.

Tabla 4.

Descripción de la población de estudio de acuerdo al tipo de familia según la Adaptabilidad Familiar.

| Tipo de familia | Cantidad | Porcentaje |
|-----------------|----------|------------|
| Rígida | 3 | 6% |
| Estructurada | 14 | 29% |
| Flexible | 17 | 35% |
| Caótica | 14 | 29% |

Elaborado: Flérída Eliana Andrade Moreira.

Fuente: Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.

Tabla 5.

Pacientes con DM2 y su calidad de vida, de acuerdo al DQoL.

| Escala | Criterios | |
|-------------------------------------|------------------|---------|
| | Media aritmética | Mediana |
| Satisfacción | 3.004 | 3.107 |
| Impacto | 2.547 | 2.575 |
| Preocupación relativa a la diabetes | 3.068 | 3.000 |
| Autopercepción de salud | 2.271 | 2.500 |

Elaborado: Flérída Eliana Andrade Moreira.

Fuente: Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.

Tabla 6.*Media y Mediana de cada uno de los criterios del ACIC.*

| Escala | Criterios | |
|--|------------------|---------|
| | Media aritmética | Mediana |
| Organización del sistema de salud | 6.75 | 6.67 |
| Cooperación comunitaria | 6.29 | 7.00 |
| Auto-cuidado de la diabetes | 6.24 | 6.00 |
| Normas de atención | 6.41 | 6.80 |
| Apoyo técnico | 5.99 | 6.40 |
| Sistema de información | 6.04 | 6.20 |
| Integración con el Modelo | 6.37 | 6.33 |
| Integración con el Modelo | 6.30 | 6.49 |

Elaborado: Flérída Eliana Andrade Moreira.**Fuente:** Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.**Tabla 7.***Media y Mediana de cada uno de los criterios del PACIC.*

| Escala | Criterios | |
|-----------------------------------|------------------|---------|
| | Media aritmética | Mediana |
| Activación del paciente | 1.98 | 1.67 |
| Ayuda de decisión | 3.32 | 3.33 |
| Fijación de Objetivos | 2.53 | 2.60 |
| Resolución de Problemas | 1.64 | 1.50 |
| Seguimiento y coordinación | 1.83 | 1.80 |
| Promedio General | 2.26 | 2.18 |

Elaborado: Flérída Eliana Andrade Moreira.**Fuente:** Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.

Tabla 8.

Frecuencia de los valores obtenidos para cada uno de los criterios del PACIC de acuerdo a su escala cualitativa.

| Escala cualitativa | Valor (Rango) | Activación del paciente | | Ayuda de decisión | | Fijación de Objetivos | | Resolución de Problemas | | Seguimiento y coordinación | |
|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|-------|--------------------------|-------|------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| Nunca | 1 (<1.5) | 20 | 41.7% | 1 | 2.1% | 1 | 2.1% | 12 | 25.0% | 11 | 22.9% |
| Muy pocas veces | 2 (1.5-2.5) | 17 | 35.4% | 4 | 8.3% | 20 | 41.7% | 34 | 70.8% | 32 | 66.7% |
| Algunas veces | 3 (2.5-3.5) | 7 | 14.6% | 20 | 41.7% | 26 | 54.2% | 2 | 4.2% | 4 | 8.3% |
| La mayoría de las veces | 4 (3.5-4.5) | 3 | 6.3% | 22 | 45.8% | 1 | 2.1% | 0 | 0.0% | 1 | 2.1% |
| Siempre | 5 (>4.5) | 1 | 2.1% | 1 | 2.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

Elaborado: Flérida Eliana Andrade Moreira.

Fuente: Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.

Tabla 9.

Media y Mediana de cada uno de los criterios del PACIC.

| Escala | Criterios | |
|-----------------------------------|-------------------------|----------------|
| | Media aritmética | Mediana |
| Activación del paciente | 1.98 | 1.67 |
| Ayuda de decisión | 3.32 | 3.33 |
| Fijación de Objetivos | 2.53 | 2.60 |
| Resolución de Problemas | 1.64 | 1.50 |
| Seguimiento y coordinación | 1.83 | 1.80 |
| Promedio General | 2.26 | 2.18 |

Elaborado: Flérida Eliana Andrade Moreira.

Fuente: Trabajo de investigación Calidad de atención, Adaptabilidad Familiar y Calidad de vida en usuarios con DM2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberto, I. M., Horacio, M., Valeria, J. M., & Michelle, C. D. (2015). Diabetes and Clinical Research Relationship between Type of Family and its Relationship to Metabolic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Clin Res*, 2(1), 3.
- Barceló, A., Luciani, S., Agurto, I., Ordúñez, P., Tasca, R., & Sued, O. (2012). *Mejora de los cuidados cronicos a traves de las redes integradoras de servicios de salud. Organizacion Panamericana de la Salud*.
- Beléndez Vázquez, M., Lorente Armendáriz, I., & Maderuelo Labrador, M. (2015). Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 300–303. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.005>
- Bernal, I. L. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Rev Cuba Salud Pública*, 29(1), 48–51.
- Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E., & Vonkorff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*, 37(3), 791–820. <http://doi.org/10.1111/1475-6773.00049>
- Bowen, J. L., Provost, L., Stevens, D. P., Johnson, J. K., Woods, D. M., Sixta, C. S., & Wagner, E. H. (2010). Assessing Chronic Illness Care Education (ACIC-E): A tool for tracking educational re-design for improving chronic care education. *Journal of General Internal Medicine*, 25(SUPPL. 4). <http://doi.org/10.1007/s11606-010-1385-y>

- Bradley, C., & Speight, J. (2002). Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 18 Suppl 3(October 2001), S64–9. <http://doi.org/10.1002/dmrr.279>
- Cameron, F. (2016). Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. *Australian Family Physician*., 39(6), 119. <http://doi.org/10.2337/dc14-S014>
- Carlos, D. R. L. (2013). Manual para el desarrollo de un sistema de gestión del cuidado crónico. Colombia.
- Casado Vicente, V., & Calero Muñoz, S. (2012). *Tratado de Medicina Familiar y comunitaria*. (E. Panamericana, Ed.) (Segunda Ed). Barcelona, ES.: SEMFYC Ediciones.
- Chew, B.-H., Mohd-Sidik, S., & Shariff-Ghazali, S. (2015). Negative effects of diabetes–related distress on health-related quality of life: an evaluation among the adult patients with type 2 diabetes mellitus in three primary healthcare clinics in Malaysia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 187. <http://doi.org/10.1186/s12955-015-0384-4>
- Cifuentes., J., & Quintul, N. Y. (2005). La Familia: ¿Apoyo o Desaliento para el Paciente Diabético? Osorno: Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar.
- Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. (2007). Validación y Aplicación del Instrumento ACIC (Assessment of Chronic Illness Care) en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana. Santiago - Chile.
- Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI). Formato de Consentimiento

Informado, Organización Mundial de la Salud 1–9.

Cuba, M., Jurado, A., & Romero, Z. (2013). Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Revista Medica Herediana*, (24), 12–16.

D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Hanrahan, N. P., Venkatesaperumal, R., & Amirtharaj, A. (2015). Do Perceptions of Empowerment Affect Glycemic Control and Self-Care Among Adults with Type 2 Diabetes? *Global Journal of Health Science*, 7(5). <http://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p80>

Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015a). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 15, 194. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0854-8>

Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015b). Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Family Practice*, 16, 102. <http://doi.org/10.1186/s12875-015-0319-5>

Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS Subsecretaría*.

Dra. María Cristina Escobar, Dra. María Rozas, Dra. Melanie Paccot, D. A. S. (2015). Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. Chile.

Edward, H. (2009). Implementing the Chronic Care Model : A Statewide Focus on

- Improving Diabetes Care for Pennsylvania. *Clinical Diabetes*, 27(4), 153–159.
- García, M. H., Cuadra, J. L. G., González, C. L., Barbosa, C. R., & Asensio, A. R. (2002). Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Aten Primaria*, 30(7), 425–434.
- García, R. R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J. J., Agraz, F. P., & Sánchez, H. N. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. = Quality of life assessment in Diabetes Mellitus II patients: Psychometric properties of Spanish version of DQOL. *Psicothema*, 15(2), 247–252. Retrieved from <http://ezproxy.spu.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=psyh&AN=2003-00584-015&site=ehost-live>
<http://reberobles@hotmail.com>
- Glasgow, R. E., Whitesides, H., Nelson, C. C., & King, D. K. (2005). Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients: Relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care*, 28(11), 2655–2661. <http://doi.org/10.2337/diacare.28.11.2655>
- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 2(5), 102 – 107.
- Huyser, K. R., Manson, S. M., Nelson, L. A., Noonan, C., & Roubideaux, Y. (2015). Serious Psychological Distress and Diabetes Management among American Indians and Alaska Natives. *Ethnicity & Disease*, 25(2), 145–51.

- IART, A. B. J. E.-J. P. O. S. L. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2013. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas.*
- Koley, M., Saha, S., Ghosh, S., Nag, G., Kundu, M., Mondal, R., ... Ali, S. S. (2016). Patient-Assessed Chronic Illness Care (PACIC) scenario in an Indian homeopathic hospital. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 6(1), 72–77. <http://doi.org/10.1016/j.jtcme.2014.11.020>
- Krucien, N., Le Vaillant, M., & Pelletier-Fleury, N. (2014). Adaptation and validation of the patient assessment of chronic illness care in the French context. *BMC Health Services Research*, 14(1), 269. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-269>
- Ku, G. M. V., & Kegels, G. (2014). A cross-sectional study of the differences in diabetes knowledge, attitudes, perceptions and self-care practices as related to assessment of chronic illness care among people with diabetes consulting in a family physician-led hospital-based first line hea. *Asia Pacific Family Medicine*, 13(1), 14. <http://doi.org/10.1186/s12930-014-0014-z>
- Mata Cases, M., Roset Gamisans, M., Badia Llach, X., Antoñanzas Villar, F., & Ragel Alcázar, J. (2003). Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria*, 31(8), 493–499. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70722-7](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70722-7)
- Millan, a. (2002). Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Aten Primaria*, 29(8), 517–21. <http://doi.org/10.1016/S0212->

6567(02)70623-9

Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421–426.
<http://doi.org/10.2147/DMSO.S36368>

Olson, D. H., & Ph, D. (1999). Empirical Approaches to Family Assessment. *Journal of Family Therapy*, 61, 557–573.

Ortiz, D. G. (2008). Terapia Familiar Sistémica. In Intergovernmental Panel on Climate Change (Ed.), *Terapia Familiar Sistémica* (1 era., p. 319). Cuenca, EC: Universidad Politécnica Salesiana.
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ponce Rosas, E. R., Gómez Clavelina, F. J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria, A. E., & Landgrave Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en Español (México). *Atención Primaria*, 30(10), 624–630.
[http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79124-5](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79124-5)

Rios Castillo, L. J., Sánchez Sosa, P., & Verónica, B. S. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Artículo De Revista*, 42, 109–116.
<http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.010>

Salud, O. P. de. (2003). *Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata*. Buenos Aires - Argentina.

Sánchez Lora, F. J., Téllez Santana, T., & Gijón Trigueros, A. (2010). Instrumentos específicos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes

mellitus tipo 2 disponibles en España. *Medicina Clínica*, 135(14), 658–664.
<http://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.04.029>

Sánchez-Reyes, A., & González-Pedraza-Avilés, A. (2011). Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(2), 82–88.
<http://doi.org/10.1590/S1135-57272006000300008>

Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(nº 2), 30–36.

Schmittiel, J., Mosen, D. M., Glasgow, R. E., Hibbard, J., Remmers, C., & Bellows, J. (2008). Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 77–80. <http://doi.org/10.1007/s11606-007-0452-5>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades. (2013). *Plan Nacional Buen Vivir 2013-2017*.

Servicio Madrileño de Salud. (2013). *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid*.

Solowiejczyk, J. (2004). The Family Approach to Diabetes Management: Theory Into Practice Toward the Development of a New Paradigm. *Diabetes Spectrum*, 17(1), 31–36. <http://doi.org/10.2337/diaspect.17.1.31>

Takenaka, H., Sato, J., Suzuki, T., & Ban, N. (2013). Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study.

BioPsychoSocial Medicine, 7(1), 13. <http://doi.org/10.1186/1751-0759-7-13>

Te, M., & Colaborativos, P. (2007). Manual para la implementación de proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad de atención a las personas con enfermedades crónicas. *Agenda*.

Villalobos, a, Quiróz, D., León, G., & Brenes, J. C. (2007). Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. *Perspectivas En Psicología*, 3(1), 25–36.

Vinet, L., & Zhedanov, A. (2010). A “missing” family of classical orthogonal polynomials. *Uma ética Para Quantos?*, XXXIII(2), 81–87. <http://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>

Wang, L., Song, R., Chen, Z., Wang, J., & Ling, F. (2015). Prevalence of depressive symptoms and factors associated with it in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 15(1), 4–8. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1567-y>

Xix, E. (2013). Condición De Salud De Pacientes Diabéticos Y Su Satisfacción Con El Tratamiento Para La Enfermedad 1 Health Condition of Type 2 Diabetic Patients and Their Satisfaction Regarding Disease Treatment. *Ciencia Y Enfermería*, XIX(2), 57–66. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532013000200006>

Zegers, B., Larraín, M. E., Polaino-Lorente, A., Trapp, A., & Diez, I. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del

funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(1), 39–54. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272003000100006>

Zicavo, N., Palma, C., & Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 10(1), 219–234. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2012000100014&script=sci_arttext

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las Variables.

| Variable | Componentes o Dimensiones | Definición | Tipo de Variable | Escala | Indicador |
|------------------|---------------------------|---|-----------------------|---|------------------------------|
| Demográficas | Edad | Tiempo que ha vivido una persona hasta el momento que se considera. | Cuantitativa Continua | 40 – 50 años 50- 60 años 60 – 70 años | Mediana de tendencia central |
| | Sexo | Condición orgánica de un ser vivo por la cual este es masculino o femenino | Cualitativa Nominal | Femenino Masculino | Distribución de proporciones |
| | Estado Civil | Clase o condición de una persona en el orden social. | Cualitativa Nominal | Soltero Casado. Unión libre. Viudo. Separado | Distribución de proporciones |
| | Nivel de educación | Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. | Cualitativa Ordinal | Sin estudio. Básico. Bachillerato. Superior. | Distribución de proporciones |
| | Situación laboral | Aquella situación vinculada con el trabajo, que recibe algún tipo de remuneración. | Cualitativa Nominal | Si No | Distribución de proporciones |
| Entorno familiar | Diabetes Mellitus tipo 2 | La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por un defecto en la regulación de la glucemia por la insulina. | Cualitativa nominal | Antidiabéticos orales. Insulina. | Distribución de proporciones |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|-----------------------|--|-------------------------------------|
| | Adaptabilidad familiar | La capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, sus relaciones de roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo. | Cuantitativa continua | Rígida: 10 a 19 Estructurada: 20 a 24 Flexible: 25 a 28 Caótica: 29 a 50 | Mediana de tendencia central |
| Calidad de Vida | Calidad de Vida | Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive. | Cualitativa Nominal. | Muy satisfecho. Más o menos satisfecho. Ninguno. Más o menos insatisfecho. Muy insatisfecho. | Razones |
| Calidad de los servicios de atención en salud relacionados al manejo de la diabetes | Organización del Sistema de Salud | Actividades, procedimientos y estructuras definidas para mejorar el modelo de atención de la diabetes. | Cuantitativa Continua | Rango 0 a 11 | Mediana de tendencia central |
| | Relación con la comunidad | Las asociaciones entre los Proveedores de Servicios y los recursos comunitarios juegan un papel muy importante en el manejo de la enfermedad crónica. | Cuantitativa Continua | Rango 0 a 11 | Mediana de tendencia central |
| | Auto-cuidado de la Diabetes | La educación en el autocuidado ayuda al paciente y a su familia a afrontar los cambios que suponen en su vida el vivir con una enfermedad crónica, con mejoría en los síntomas y disminución de complicaciones. | Cuantitativa Continua | Rango 0 a 11 | Mediana de tendencia central |
| | Apoyo en la toma de decisiones | Para ello el personal sanitario debe seguir guías de práctica clínica, los especialistas deben estar implicados en la mejora de la medicina primaria, se debe recibir formación continuada en | Cuantitativa Continua | Rango 0 a 11 | Mediana de tendencia central |

| | | | | | |
|---|-------------------------|--|-----------------------|---|-------------------------------------|
| | | enfermedades crónicas, y se mantendrá informado a los pacientes sobre las guías y protocolos seguidos. | | | |
| | Apoyo técnico | Prácticas de la organización que repercuten en la prestación de la atención | Cuantitativa Continua | Rango 0 a 11 | Mediana de tendencia central |
| | Sistema de información | Información oportuna y útil acerca de los pacientes y las poblaciones de pacientes. | Cuantitativa Continua | Rango 0 a 11 | Mediana de tendencia central |
| Percepción de la calidad de atención de cuidados crónicos por pacientes | Activación del paciente | Comportamiento del individuo en relación con su cuidado de la salud. La persona está involucrada con su salud mediante el asesoramiento profesional y con sus propias necesidades, preferencias con el fin de prevenir, controlar y curar la enfermedad. | Cualitativa Nominal. | Nunca Muy pocas veces Algunas veces La mayoría de veces Siempre | Razones |
| | Ayuda en decisión | Aportar información específica sobre riesgos y beneficios del cambio | Cualitativa Nominal. | Nunca Muy pocas veces Algunas veces La mayoría de veces Siempre | Razones |
| | Fijación de objetivos | Utilizar enfoque positivo para resolver problemas, identificar barreras y recursos para superarlas | Cualitativa Nominal. | Nunca Muy pocas veces Algunas veces La mayoría de veces Siempre | Razones |

| | | | | | |
|--|---|---|-------------------------|---|----------------|
| | Resolución de problemas / Consejería contextuales | Fortalecer la Autoeficacia y apoyar para definir objetivos de cambios de acuerdo a sus preferencias | Cualitativa Nominal. | Nunca Muy pocas veces Algunas veces La mayoría de veces Siempre | Razones |
| | Seguimiento y coordinación | Observación minuciosa de la evolución y desarrollo de un proceso y trabajar en conjunto diferentes elementos para obtener un resultado específico para una acción conjunta por medio de la planificación. | Cualitativa Nominal. | Nunca Muy pocas veces Algunas veces La mayoría de veces Siempre | Razones |

Anexo 2. Cuestionario PACIC.

Sentirse saludable puede ser difícil cuando uno tiene una enfermedad crónica. Por favor cuéntenos sobre la atención que usted recibe de su equipo de salud (personal médico, de enfermería así como otro personal de salud). Sus respuestas son confidenciales y no serán informadas a su centro de salud

Piense a cerca de la atención que usted recibió por su enfermedad crónica durante los últimos seis meses (si hace más de seis meses que usted fue atendido por su médico o enfermera, piense en su última consulta).

En los últimos seis meses durante las consultas por mi enfermedad crónica:

| | Nunca | Muy pocas veces | Algunas veces | La mayoría de las veces | Siempre |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Me preguntaron mi idea u opinión cuando fue preparado mi plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Me informaron que tengo diferentes opciones de tratamiento para elegir cuál es la mejor para mi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Me pidieron que hablara sobre si tenia algún problema con mis medicinas o sus efectos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | |
| 4. Me entregaron por escrito una lista de cosas que podía hacer para mejorar mi salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Me senti satisfecho porque la atención que recibí estaba bien organizada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Me explicaron de qué forma lo que hago para cuidarme influye en mi enfermedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | |
| 7. Me preguntaron cuáles eran mis objetivos o metas respecto a los cuidados de mi enfermedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En los últimos seis meses durante las consultas por mi enfermedad crónica:

| Nunca | Muy pocas veces | Algunas veces | La mayoría de las veces | Siempre |
|-------|-----------------|---------------|-------------------------|---------|
|-------|-----------------|---------------|-------------------------|---------|

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Me ayudaron a establecer objetivos o metas específicas para mejorar mi forma de comer o mi nivel de ejercicio físico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Me entregaron una copia escrita de mi plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Me animaron o alentaron a que acudiera a una charla o que contactara con un grupo de apoyo que me ayudara a convivir con mi enfermedad crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Me preguntaron sobre mis hábitos o costumbres relacionadas a la salud de manera directa o a través de una encuesta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | |
| 12. El médico o la enfermera tuvieron en consideración mis valores y costumbres cuando me recomendaron algún tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Me ayudaron a preparar un plan de cuidados que pudiera incorporar a mi rutina diaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Me ayudaron a preparar por adelantado un plan para poder cuidar de mi enfermedad incluso en momentos difíciles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Me preguntaron sobre cómo mi enfermedad crónica afecta mi vida diaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | |
| 16. Me contactaron después de la consulta para saber cómo me iba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En los últimos seis meses durante las consultas por mi enfermedad crónica:

| | Nunca | Muy pocas veces | Algunas veces | La mayoría de las veces | Siempre |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Me animaron o alentaron a participar en actividades comunitarias (asociaciones, escuelas, etc.) que pudieran ayudarme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Me enviaron a la consulta de un nutricionista o dietista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Me explicaron que las consultas con otros médicos, como el oftalmólogo o el cirujano, me ayudarían en mi tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 20. Me preguntaron cómo iban mis consultas con otros médicos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <hr/> | | | | | |
| 21. Me preguntaron si quería discutir algo sobre mi enfermedad | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 22. Me preguntaron cómo el cuidado de mi enfermedad afecta a mi trabajo, a mi familia o a mi situación social | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 23. Me ayudaron a hacer planes para conseguir apoyo de mis amigos, de mi familia y de la comunidad | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 24. Me explicaron como las cosas que hago para cuidar mi enfermedad (por ejemplo el ejercicio) son importantes para mi salud | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 25. El equipo que me atiende y yo nos pusimos una meta respecto a lo que yo podía hacer para cuidar de mi enfermedad | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 26. Me dieron una libreta, cuaderno, pasaporte, cartilla o carné en el que se anota el progreso que voy haciendo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Anexo 3. Cuestionario ACIC.

| Evaluación de Cuidados Crónicos Cliente Interno (basado en la versión de la escala ACIC 3.5) | |
|--|--|
| Complete la siguiente información sobre usted y su Organización. Esta información no será mostrada a nadie excepto al equipo del Programa EMCA/OMS. Nos gustaría disponer de su teléfono y dirección de correo electrónico por si necesitamos contactar con usted o con su equipo en el futuro. Por favor, indique también los nombres de las personas de su equipo que completan el cuestionario también. Más abajo se le preguntará que describa el proceso por el que rellenó este cuestionario | |
| Su nombre y apellidos: | Día: ____ / ____ / ____ Día Mes Año |
| Organización y Dirección: | Nombre de otras personas que cumplimentan el cuestionario con usted: |
| | 1. _____ |
| | 2. _____ |
| | 3. _____ |
| Su número de teléfono (____) ____ - ____ | Su dirección de correo electrónico: |
| Instrucciones para rellenar el cuestionario | |
| | |

Evaluación Cuidados Crónicos Cliente Interno. (ECCCI 1.0)

Sección.1: Organización del Sistema de Provisión de Servicios Sanitarios: Los Programas de manejo de enfermedades crónicas son más efectivos si la Organización está orientada y se tiene su foco en el cuidado de los pacientes crónicos

| Componentes | Nivel D | Nivel C | Nivel B | Nivel A |
|---|--|--|---|--|
| Liderazgo de la Organización | ...no existe o hay poco interés | Existe una planificación pero no se crean recursos específicos para llevar a cabo el trabajo | ...existe un liderazgo y se dotan recursos específicos (económicos y de personal) | Existe una estrategia a largo plazo, se reciben los recursos y hay personas dedicadas. |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Objetivos de la Organización | ...no existen o están limitados a una condición o enfermedad. | ...existen pero no se revisan de forma activa | ...son medibles y se monitorizan | ...son medibles, se monitorizan, y se incorporan a planes de mejora |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Estrategia de mejora en cuidados crónicos | ...Se da circunstancialmente pero no se apoya de forma consistente | ...usa enfoques específicos para problemas seleccionados cuando estos surgen | ...usa estrategias de mejora probadas para problemas seleccionados | ...existe una estrategia y se busca que coincida con los objetivos de la Organización |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Incentivos y regulación de los cuidados crónicos | ...no se usan para conseguir objetivos de mejora de la calidad en la clínica | ...sirven para influir en el uso y en los costes de los cuidados para enfermedades crónicas | ...se usan para apoyar los objetivos de cuidados del paciente | ...se usan para motivar y capacitar a los médicos y alcanzar los objetivos |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Máximo responsable sanitario | ...desaconseja la admisión de los pacientes crónicos | ...no considera una prioridad la mejora de los cuidados en la enfermedad crónica | ...alienta esfuerzos de mejora en los cuidados crónicos | ...participa de forma visible en esfuerzos de mejora en las enfermedades crónicas |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Beneficios | ...desaconseja el autocuidado de los pacientes o los cambios en el sistema | ...ni aconseja ni desaconseja el autocuidado o los cambios en el sistema | ...aconseja el autocuidado de los pacientes o los cambios en el sistema | ...diseño específico para promover unos mejores cuidados en pacientes crónicos |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

Organización del Sistema de Provisión de Servicios Sanitarios: Total: _____ Puntuación Promedio (Total / 6): _____

Sección 2: Relaciones con la Comunidad. Las asociaciones entre los Proveedores de Servicios y los recursos comunitarios juegan un papel muy importante en el manejo de la enfermedad crónica

| Componentes | Nivel D | Nivel C | Nivel B | Nivel A |
|--|--|---|---|---|
| Informar a los pacientes de los recursos externos | ...no se hace de forma sistemática | ...se limita a un listado de recursos disponibles en la comunidad | Se promueve el uso de los recursos comunitarios por pacientes y personal sanitario | Hay una coordinación activa entre el sistema sanitario, la comunidad y los pacientes |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Convenios con organizaciones y asociaciones | ...no existen | ...se consideran pero no se implementa | ...se realizan, para desarrollar programas de apoyo y medidas legislativas | Programas de apoyo y legislativos que abarcan a todo el sistema en sentido amplio |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Planes Regionales de Salud | ...no existen guías de cuidados para enfermos crónicos | Existen guías pero no se evalúan ni se implementan los cambios | Existen guías actualizadas, con medidas de evaluación, en 1 ó 2 enfermedades crónicas | Existen guías actualizadas y medidas de evaluación en la mayoría de enfermedades crónicas |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

Relaciones con la comunidad: Total: _____

Puntuación Promedio (Total / 3): _____

Sección 3: Aplicación en la práctica clínica: Algunas características de los cuidados se han demostrado que producen mejoras en la salud de los enfermos crónicos. Estas características son: apoyo del autocuidado, cambios en diseño y organización de los servicios, apoyo en la toma de decisiones por el paciente, y uso de los sistemas de información

Sección 3a: Apoyo del autocuidado: la educación en el autocuidado ayuda al paciente y a su familia a afrontar los cambios que suponen en su vida el vivir con una enfermedad crónica, con mejoría en los síntomas y disminución de complicaciones

| Componentes | Nivel D | Nivel C | Nivel B | Nivel A |
|--|--|--|---|---|
| Se evalúan las necesidades y de actividades de autocuidado | ...no se planifica ni se hace | ...se planifica pero no se hace | ...se realizan de acuerdo a unos estándares | ...se realizan de acuerdo a unos estándares según un plan de cuidados disponible para el personal sanitario y pacientes |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Formas de apoyo en autocuidado | ...se limita a distribución de información escrita (folletos, libros...) | ...se añade la derivación a clases de autocuidado o a entrevistas con educadores | ...existe una organización en cada centro sanitario, en la derivación a educadores especializados | ...los educadores ven a la mayoría de pacientes con enfermedades crónicas |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Intereses del paciente y la familia | ...no se suelen preguntar | ...se preguntan a algunos pacientes | ...se aconseja y hay programas de opinión de pacientes | ...existe una sistemática para tener en cuenta la opinión de los pacientes |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Intervenciones de cambio de conductas en salud | ...no disponibles | ...se limitan a la distribución de folletos u otro material escrito | Disponibles sólo por derivación a centros especializados | ...disponibles de forma sistemática como una rutina en los cuidados de salud |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

Autocuidado. Total: Puntuación Promedio (Total / 4): _____

Sección 3b: Apoyo en la toma de decisiones: Para ello el personal sanitario debe seguir guías de práctica clínica, los especialistas deben estar implicados en la mejora de la medicina primaria, se debe recibir formación continuada en enfermedades crónicas, y se ha de informar a los pacientes sobre las guías y protocolos seguidos

| Componentes | Nivel D | Nivel C | Nivel B | Nivel A |
|--|-----------------------------------|--|--|--|
| Guías clínicas basadas en la evidencia | ...no disponibles | ...disponibles pero no incorporadas a los cuidados primarios | ...disponibles y apoyadas por la educación del personal sanitario | ...además existen sistemas de recuerdo al personal sanitario para conseguir cambios en su práctica clínica |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Implicación de especialistas en la medicina primaria | ...mediante la derivación clásica | Se consigue mediante el liderazgo de los especialistas en la implementación de las guías | ...existe liderazgo y especialistas específicos que dan formación a médicos de atención primaria | ...los especialistas están implicados en la mejora de la cuidados primarios de salud |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Educación del personal sanitario en cuidados del paciente crónico | ...de forma esporádica | ...de forma sistemática mediante métodos habituales | ...se incluye en la formación académica | ...La formación incluye el enfoque poblacional y el de autocuidado |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Informar al paciente sobre el uso de las guías clínicas | ...no se hace | ...se hace si el paciente lo pide o mediante publicaciones informativas | ...se hace mediante publicaciones específicas para pacientes sobre cada guía | ...se informa al paciente para conseguir un aumento de la adherencia a la guía |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

Apoyo en toma de decisiones. Total _____

Puntuación Promedio (Total / 4): _____

Sección 3c: Sistema de provisión de cuidados. Para atender al paciente crónico, se requieren cambios en el sistema de organización de los cuidados, tradicionalmente centrados en el paciente agudo.

| Componentes | Nivel D | Nivel C | Nivel B | Nivel A |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| Funcionalidad del equipo | ...no se plantea | ...hay personal preparado en las fases clave del cuidado del paciente crónico | ...hay reuniones periódicas para hablar sobre guías clínicas, funciones y problemas del paciente crónico | ...funciones definidas como educación en el autocuidado, seguimiento activo, coordinación de recursos, etc |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Liderazgo del equipo | ...No reconocido | Asumido por la organización para determinadas funciones | Hay un representante del equipo pero no están definidas las funciones del equipo | El representante define las funciones y responsabilidades del equipo en cuidados crónicos |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Sistema de citas | ...se programan visitas agudas, de seguimiento, y preventivas | ...se asegura el seguimiento programado del paciente crónico | Se incorporan visitas flexibles en el tiempo y visitas grupales | Se facilitan las visitas de múltiples consultas en el mismo día |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Seguimiento | Se programa por el paciente o por el médico según cada caso | Se programa por la consulta según las guías clínicas | Se programa por la consulta y se monitoriza la frecuentación | Se adecua a las necesidades del paciente, varía en el método (teléfono, email, en persona) y sigue las guías de seguimiento |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Visitas programadas | ...no se usan | Se usan ocasionalmente para pacientes complicados | ...son una opción para pacientes interesados | A todos los pacientes, incluyen chequeos periódicos, prevención y autocuidado |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Continuidad de cuidados | No es una prioridad | Depende de la comunicación escrita entre primaria y especializada | Es una prioridad pero no se implementa de forma sistemática | Coordinación active entre primaria-especializada-salud pública y otros grupos |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

Sistema de provisión de cuidados. Total _____ Puntuación Promedio (Total / 6): _____

Sección 3d: Sistemas de información clínica. La información sobre pacientes y poblaciones con enfermedades crónicas es clave en programas de manejo de estas enfermedades, en especial si se aplica el enfoque poblacional



| Componentes | Nivel D | Nivel C | Nivel B | Nivel A |
|--|------------------|---|--|--|
| Registro (listado de pacientes con enfermedades crónicas) | ...no disponible | ...se incluye nombre, diagnóstico, datos de contacto y última cita, en papel o en formato electrónico | Permite consultas sobre subpoblaciones según prioridades clínicas | Se asocia a guías que informan sobre servicios necesarios para esa subpoblación |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Recuerdos a personal sanitario | no disponibles | Incluye solo la notificación general de existencia de una enfermedad crónica | Se añade la indicación del servicio necesario para esa subpoblación mediante mensajes periódicos | Incluye información sobre el grado de adherencia a la guía clínica en el momento de la visita del paciente |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Sistemas de evaluación | no disponible | ...disponible ocasionalmente y de forma impersonal | Ocurre a intervalos suficientes para la monitorización de la población específica a estudio | Un representante de prestigio supervisa la tarea realizada y mejora la ejecución del equipo |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Información sobre subgrupos con necesidades especiales | No disponible | Se puede obtener solo por esfuerzos especiales o programación adicional | Se obtiene bajo demanda pero no de forma rutinaria | Se facilita al personal sanitario de forma rutinaria para ayudarles en la planificación |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| Planes individualizados de tratamiento | No disponible | Se consigue mediante un sistema estandarizado | Se consigue mediante la coordinación de cuidados e incluye objetivos de autocuidado | Incluye autocuidado, manejo de situaciones clínicas y de seguimiento activo |
| Puntos | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

Sistemas de información clínica. Total: _____

Puntuación Promedio (Total / 5): _____

Sección 3e. Integración del modelo de enfermedades crónicas. Un sistema de cuidados efectivo asociará los elementos del modelo de cuidados crónicos a los objetivos de autocuidado del paciente y a los sistemas de registro e información clínica

| Componentes | Nivel D | Nivel C | Nivel B | Nivel A |
|--|--|---|--|--|
| Informar a pacientes sobre las guías clínicas Puntos | No se hace 0 1 2 | Se hace bajo demanda o mediante publicaciones 3 4 5 | Hay publicaciones específicas para pacientes para cada guía clínica 6 7 8 | Se incluye el papel del paciente en la adherencia al tratamiento 9 10 11 |
| Sistemas de información y registro Puntos | No incluye objetivos en autocuidado 0 1 2 | Incluye resultados de evaluaciones (estado funcional, disponibilidad al autocuidado) pero no objetivos 3 4 5 | Incluye además objetivos en autocuidado para el personal sanitario y el paciente 6 7 8 | Además se usan sistemas de recuerdo en el seguimiento y en la reevaluación de objetivos para pacientes y personal sanitario 9 10 11 |
| Programas comunitarios Puntos | No hay sistemas de evaluación sobre el progreso de los pacientes en los programas 0 1 2 | Hay sistemas de evaluación ocasionales comunidad/sistema de salud 3 4 5 | Sistemas de evaluación regulares usando medios como informes de progreso del paciente mediante internet 6 7 8 | Se tiene en cuenta el input del paciente en la modificación de los programas, adecuados a sus necesidades 9 10 11 |
| Planificación basada en cuidados crónicos Puntos | Se basa en un enfoque poblacional 0 1 2 | Usa datos de los sistemas de información clínica para planificar los cuidados 3 4 5 | La planificación incluye el desarrollo de programas de autocuidado y de coaliciones con recursos comunitarios 6 7 8 | Se incluye un sistema de modificación y evaluación del éxito del programa en el tiempo 9 10 11 |
| Seguimiento de citas, chequeos periódicos y objetivos Puntos | No se plantean 0 1 2 | Se hace esporádicamente, mediante citas 3 4 5 | Se asignan responsabilidades específicas (ej. enfermera para pacientes diabéticos) 6 7 8 | El personal usa el registro y los sistemas de recuerdo para coordinarse con los pacientes y el sistema sanitario 9 10 11 |
| Guías para el cuidado del paciente crónico Puntos | No se comparten con el paciente 0 1 2 | Se dan a los paciente con interés en el autocuidado de su enfermedad 3 4 5 | Se dan a todos los pacientes para ayudarles en el autocuidado y en la modificación de conductas 6 7 8 | Las revisan el medico en unión con el paciente para planificar objetivos y acotar disponibilidad para cambiar del paciente 9 10 11 |

Integración del Modelo de EC. Total: _____

➤ Puntuación Promedio (Total / 5): _____

Describa brevemente el proceso que usó para rellenar el cuestionario (mediante consenso cara a cara, rellenado por el responsable sanitario junto a los otros miembros del equipo; cada miembro rellenó un cuestionario y se promedian las puntuaciones

Descripción _____

Resumen de puntuaciones

(Apunte aquí los Totales de cada sección de arriba)

Total. Organización Sistema de Provisión de Servicios Sanitarios _____

Total Relaciones con la Comunidad _____

Total Apoyo del autocuidado _____

Total Apoyo en la toma de decisiones _____

Total Sistema de Provisión de Cuidados _____

Total Sistemas de Información Clínica _____

Total Integración con el modelo de enfermedades crónicas _____

Puntuación total del Programa (Suma de totales) _____

Puntuación promedio (Total del Programa /7) _____

¿Qué significa esto?

El ACIC se organiza de forma que la puntuación más alta (un 11) se refiere a cuidados óptimos en enfermedades crónicas y la más baja (un 0) corresponde a unos cuidados crónicos deficientes. Es decir:

Entre "0" y "2" = cuidados deficientes en enfermedades crónicas

Entre "3" y "5" = cuidados básicos en enfermedades crónicas

Entre "6" y "8" = cuidados buenos en enfermedades crónicas

Entre "9" y "11" = cuidados muy buenos en enfermedades crónicas

Lo habitual en una Colaboración será comenzar con puntuaciones por debajo de 5 en casi todas las áreas del ACIC. Con frecuencia los equipos e puntúan inicialmente por encima de los cuidados que en realidad están dando. Por ello, conforme comienza la aplicación de los cambios, puede parecer que las puntuaciones disminuyen, lo que suele significar un mejor entendimiento del sistema de cuidados descrito en cada sección. Con el tiempo los totales mejoran de forma clara, gracias a la implantación de medidas correctoras

Anexo 4. Evaluación de la calidad de vida en DM 2: Propiedades Psicométricas de la versión en español del DQOL.

| | <i>Muy satisfecho</i> | <i>Más o menos satisfecho</i> | <i>Ninguno</i> | <i>Más o menos insatisfecho</i> | <i>Muy insatisfecho</i> |
|--|-----------------------|-------------------------------|----------------|---------------------------------|-------------------------|
| A1. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A2. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A3. ¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A5. ¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A6. ¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A7. ¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A8. ¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A9. ¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A10. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A11. ¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, escuela y sus actividades caseras? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A12. ¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A13. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A14. ¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A15. ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ahora, por favor, indique qué tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos. Circule el número apropiado.

| | <i>Nunca</i> | <i>Muy poco</i> | <i>Algunas veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Todo el tiempo</i> |
|---|--------------|-----------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| B1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B6. ¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B7. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B8. ¿Con qué frecuencia se siente bien con usted mismo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B10. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B11. ¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina (ej., una máquina de escribir)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B12. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B13. ¿Con qué frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B16. ¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B17. ¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B18. ¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B19. ¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B20. ¿Con qué frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Finalmente, por favor, indique con qué frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Por favor circule el número que mejor describa sus sentimientos. Si la pregunta no es relevante a usted, circule no aplicable.

| | <i>Nunca</i> | <i>Poco</i> | <i>Algunas veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Siempre</i> | <i>No se aplica</i> |
|--|--------------|-------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------------|
| C1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se va a casar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| C2. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| C3. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| C4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si le negarán un seguro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| C5. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| C6. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si faltará a su trabajo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| C7. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

| | <i>Nunca</i> | <i>Poco</i> | <i>Algunas veces</i> | <i>Con frecuencia</i> | <i>Siempre</i> | <i>No se aplica</i> |
|---|--------------|-------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------------|
| D1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se desmayará? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| D2. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| D3. ¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| D4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

E1. Comparándose con otras personas de su edad, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Buena
3. Regular
4. Pobre

(Circule uno)

Anexo 5. Cuestionario FACE III.

| | CASI SIEMPRE 5 | MUCHAS VECES 4 | A VECES SI A VECES NO 3 | POCAS VECES 2 | CASI NUNCA 1 |
|--|----------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------|
| 1.- Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si | | | | | |
| 2.- En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas | | | | | |
| 3.- Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia | | | | | |
| 4.- Los hijos también opinan sobre su disciplina | | | | | |
| 5.- Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia | | | | | |
| 6.- Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias | | | | | |
| 7.- Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera. | | | | | |
| 8.- Mi familia cambia el modo de hacer las cosas. | | | | | |
| 9.- A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos. | | | | | |
| 10.- En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos. | | | | | |
| 11.- Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros. | | | | | |
| 12.- En mi familia los hijos también toman decisiones. | | | | | |
| 13.- Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente. | | | | | |
| 14.- En mi familia las reglas suelen cambiar | | | | | |
| 15.- Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia | | | | | |
| 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros | | | | | |
| 17.- Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones. | | | | | |
| 18.- Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia. | | | | | |
| 19.- La unión familiar es muy importante para nosotros | | | | | |
| 20.- En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica. | | | | | |

Anexo 6. Consentimiento Informado.



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del investigador principal:

Dra. Flérida Eliana Andrade Moreira. /0983132246/ misirimiau17@yahoo.com

Dr. Javier. O. Mendoza García. /0967707789/ javier.omega11@gmail.com

[Dr. Carlos Terán Puente /0996153134/caminant7@gmail.com](mailto:Dr.Carlos.Teran.Puente/0996153134/caminant7@gmail.com)

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2 que son atendidos en la consulta del Centro de Salud de San Cristóbal y que se les invita a participar en la investigación sobre la “Calidad de la atención en salud, adaptabilidad familiar y calidad de vida de personas adultas con Diabetes tipo 2”.

Nombre del Investigador Principal: Dra. Flérida Eliana Andrade Moreira.

Nombre de la Organización: Centro de Salud San Cristóbal.

Nombre del Patrocinador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Nombre de la Propuesta y versión: “Calidad de la atención en salud, adaptabilidad familiar y calidad de vida de personas adultas con Diabetes tipo 2, usuarias del Centro de Salud de San Cristóbal de la Ciudad de Portoviejo”, durante el período de septiembre a diciembre del año 2016”.

PARTE I: Información

Introducción.

Yo soy la Dra. Flérida Eliana Andrade Moreira, trabajo en el Centro de Salud San Cristóbal como Médico Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria. Estamos investigando sobre la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo 2, que es muy común en este país. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me comunica para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, o al miembro del equipo.

Propósito.

Las personas diabéticas tienen síntomas individuales así como sus familias. Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus tipo 2, adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán en el correcto control de la diabetes.

Tipo de Intervención de Investigación.

Esta investigación incluirá la contestación de 3 instrumentos para la recolección de datos.

Selección de participantes.

Estamos invitando a todos los adultos hombres y mujeres en las edades comprendidas entre 40 y 70 años que son atendidos con la enfermedad de Diabetes Mellitus tipo 2 para participar en la investigación.

Participación Voluntaria.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en el centro de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre la calidad de la atención en salud, adaptabilidad familiar y calidad de vida de personas adultas con Diabetes tipo 2. Entiendo que me van a realizar 3 instrumentos a los cuales tengo que contestar. He sido informado de que los riesgos no son probables. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Fecha:

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: Dra. Flérída Eliana Andrade Moreira.

Firma del Investigador:

Fecha:

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado (iniciales del investigador/asistente): F.E.A.M.

Anexo 7. Autorización para la realización del trabajo de investigación en el Centro de Salud San Cristóbal.

 Ministerio de Salud Pública

Dirección Distrital 13D01 – Portoviejo - Salud

Portoviejo, 20 de junio de 2016

Oficio No. MSP CZ4-13D01-DDS-2016-0162-O

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TESIS

Señor Doctor

Antonio José Domínguez Vivero

DECANO FACULTAD DE MEDICINA

PONTÍFICA UNIVESIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

En su Despacho.-

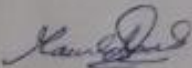
De mi consideración.-

En atención al Oficio S/N, suscrito por la Dra. Flérida Eliana Andrade Moreira, Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria del Convenio PUCE MSP, el cual solicita autorización para realizar el trabajo de Investigación sobre: **"CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS ADULTAS CON DIABETES TIPO 2 USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTÓBAL DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2016"**.

Bajo este contexto, esta Dirección Distrital autoriza realizar el proyecto de investigación en la Unidad Operativa "San Cristóbal", de la ciudad de Portoviejo, durante los meses a partir de Septiembre - Diciembre 2016"

Con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente,



Dra. Mariela Macías Intriago

DIRECTORA DISTRITAL DE SALUD 13D01

